

الاضطرابات السلوكية
أميمة رفعت السيد مدكور

الإضطرابات السلوكية

تأليف

أ. أميمة رفعت السيد مدكور



الهيئة المصرية العامة للكتاب

٢٠٠٧

مدكور: أميمة رفعت السيد.
الاضطرابات السلوكية/ تأليف أميمة رفعت السيد
مدكور. ـ القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
.٢٠٠٧
٢٦٠ ص ؛ ٢٤ سم.
تدمك ٦ ٦٠٦ ٤١٩ ٩٧٧
١ ـ اضطرابات السلوك. = السلوك. الانحراف.
٢ ـ السلوك، انحراف.
(أ) العنوان:
رقم الإيداع بدار الكتب ٢٠٠٧/٣٦٣٧

I. S. B. N 977 - 419 - 606 - 6

ديرى ٣٠١,٦٢

إهـداء

إلى أبى وأمى اللذان علمانى قوة الإيمان والنظرة
الإيجابية إلى الحياة، وأخيرًا إلى أخى وزوجته
لصداقتهما الدائمة ودعمهما المستمر

المؤلفة : أميمة رفعت السيد

الإخراج الفنى :

أمـيرة محسن منتصر

تصميم الغلاف :

سـهـا سليمان

تقديم
أمل جديد فى الكبر

جد جديد فيما يتعلق بالكبر فى ثقافتنا الراهنة. فقد أصبح المسنون منا يحيون الآن حياة أطول وأكثر صحة. مما جعل كثيرين منهم يعتريهم الخوف من الإصابة بمرض العته. ويسوى كثير من الناس بين الدرجات المختلفة بمرض العته، والحقيقة مختلفة عن ذلك تماماً. وهو ما حاولنا أن نؤكد عليه فى هذا الكتاب فقد قارنا تقدير مرضى العته البسيط لاضطرابات الذاكرة والإضطرابات السلوكية والاعتمادية فى نشاطات الحياة اليومية وتقدير القائمين برعايتهم من أسرهم لهذه الاضطرابات.

ولقد وجد أن مرضى العته البسيط لديهم استبصاراً بأعراض مرضهم مثلهم فى هذا مثل القائمين برعايتهم ليس هذا فحسب بل إنهم يناضلون من أجل التعايش مع هذا المرض.

ويرشد هذا الكتاب القراء خلال سلسلة من الأسئلة المتعلقة باضطرابات العته إلى تحديد واستخدام نقاط القوة لدى الشخص كبير السن. وكذلك نقاط الضعف لمواجهتها. كما يزودهم بمجموعة

أخرى من الأسئلة تدور حول استراتيجيات التعايش تساعدهم على تعلم طرق جديدة لمواجهة المرض والتعايش معه.

ونحن إذ نقدم الطمأنينة الرقيقة للقراء بإمكانية التعايش مع المرض. نهيب بالقراء أن يبدءوا فى إعادة فحص الطريقة التى ينظرون بها إلى المرض ويتعاملون بها معه. وهدفنا هو تعليم القراء طرقاً جديدة للتعايش مع اضطرابات مرض العته، تبنى على الأسلوب الشخصى للقارئ فى التعلم. كما نهيب بهم أن يعيدوا النظر فى موقفهم من هذا المرض بعد قراءة المعلومات التى تعين على فهمه.

وكمتخصصة فى علم النفس الإكلينيكى للمسنين لأعوام من التعلم والخبرة، يسعدنى تقديم هذا الكتاب لمرضاى وأسرهم الذين لديهم تساؤلات واهتمامات عن هذا المرض. كما يسعدنى تقديمه للمكتبة العربية كمرجع متخصص فى فهم اضطرابات العته والتصدى لها.

تمهيد

أصبحت دراسة قضية القيام برعاية مرضى العته من كبار السن موضوعًا لمستويات متعددة من البحث بهدف فهم كيف يتعايش الأشخاص مع المشقة المزمنة، وكيف يمكننا التخفيف من المشقة النفسية، وكيف ننمى استراتجيات نفسية ذات كفاءة لمساعدة الأسرة على إدارة المتطلبات الملقاة على عاتقهم، وهكذا تتبدى أهمية دراسة رعاية الأسر للمسنين فى سياق تزايد الاحتياجات، وقلة المصادر الاجتماعية، واستمرار الزيادة فى أعداد القائمين بالرعاية من الأسرة فى السنوات القادمة، ففى خلال عام ٢٠٣٠ سوف يكون هناك ٧٠ مليون من كبار السن على مستوى العالم ككل.

وقد تمركز البحث فى موضوع رعاية المسنين نظراً لشدة المشاق، والأعباء الملقاة على أفراد الأسرة الذين يقومون برعاية المسنين بشكل عام، ورعاية قريب لديه مرض العته بشكل خاص.فموقف الرعاية هذا هو الأكثر إثارة لمشقة الأسرة. ويرجع هذا إلى المشكلات السلوكية والانفعالية للمريض. مما يجعل المريض غير قادر على القيام بوظائف حياته اليومية وواجباته الاجتماعية.

ويتناول كتابنا موضوع رعاية مرضى العته ويركز بشكل خاص على الاضطرابات النفسية للعته والتعايش معها لدى مرضى العته البسيط، وقد راعينا فى إعداده أن يقدم للقارئ الكريم صورة متكاملة تلم بمختلف أبعاد المرض، فبدأنا بتعريف العته والاضطرابات المصاحبة له، ثم تناولنا الظروف النفسية المرتبطة بعملية الرعاية تفصيلاً، واتبعناها باستعراض أنماط التعايش الرئيسية مع اضطرابات العته، وتناولناها تفصيلاً، حيث ألقينا الضوء على تعريفاتها والنظريات المفسرة لها ووظائفها فى حياتنا النفسية.ثم أشرنا إلى أبرز الدراسات النفسية عن المشقة والتعايش لدى القائمين برعاية مرضى العته والدراسات القليلة التى تناولت مرضى العته أنفسهم، وبعد هذا قدمنا نموذجاً لدراسة ميدانية أجريناها لاستكشاف الفروق فى تقديم الاضطرابات المصاحبة لمرض العته والتعايش معه بين المرضى والقائمين على رعايتهم فى الثقافة المصرية.

وحتى تكتمل الفائدة من الكتاب حرصنا فى فصله الأخير على استخلاص عدد من الدلالات والفوائد التطبيقية، التى تناسب المرضى كبار السن بوجه عام، ومرضى العته بفئاته المختلفة والقائمين برعايتهم بوجه خاص.كما حرصنا على تزويد الكتاب بمجموعة من الأسئلة تعين على تحديد مشكلات المرض وكيفية مواجهته.

وقد توخينا التوازن الدقيق بين عمق المادة العلمية وبساطتها بما يجعل الكتاب مفيداً للقارئ ـ سواء أكان متخصصاً فى العلوم النفسية أو غير متخصص ـ وذلك لعلمنا أن موضوع رعاية مرضى العته يهم

كثير من المسئولين عن رعاية آبائنا وأمهاتنا .وكذلك المتخصصين المختلفين فى الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية لمرضى العته.

ورجائى أن يلقى الكتاب حسن القبول من جانب القارئ الكريم، وأن يحقق النفع المرجو منه بمشيئة الله سبحانه وتعالى .

وأسجل فى خاتمة هذا التمهيد خالص امتنانى لكل هؤلاء الذين مكنتنى جهودهم وتعاونهم من تأليف هذا الكتاب وأخص بالشكر منهم أساتذتى ..

أ. د/ محمد نجيب أحمد الصبوة

أ. د/ محمد حسن البانوبى

د / عزة عبد الكريم مبروك

الفصل الأول

طبيعة مرض العته والاضطرابات المصاحبة له

مقدمة

أولاً : تعريف العته

ثانياً : مظاهر الاضطرابات المصاحبة لحدوث العته

ثالثاً : أنواع العته

رابعاً : شدة العته

خامساً : الإطار النظرى الجدلى للعته

الفصل الأول

طبيعة مرض العته والاضطرابات المصاحبة له

مقدمة :

تزايد عدد كبار السن فى المائه سنة الأخيرة بشكل ملحوظ. وفى السنوات القادمة يكون هناك انخفاض واضح فى عينة الراشدين ذوى المستوى العمرى الأقل من ٣٥ عاما وتزداد فى الوقت نفسه نسبة الأفراد الأكبر من ٦٥ عامًا. ففى خلال عام ٢٠٣٠ سوف يكون هناك حوالى سبعين مليوناً من كبار السن، وهذا العدد يفوق عددهم عام ١٩٩٧ مرتين، فالأفراد الذين يصلون إلى عمر ٦٥ كانوا يمثلون ١٣ % من مجموع السكان عام ٢٠٠٠، وسوف ترتفع هذه النسبة إلى ٢٠% خلال عام ٢٠٣٠ على مستوى العالم ككل، وبصفة خاصة فى الدول النامية، أما بالنسبة للوضع المحلى فقد أشار المركز السكانى (الديموجرافى) بالقاهرة إلى أنه من المتوقع أن تصل نسبة كبار السن فى مصر إلى خمسة ملايين نسمة فى عام ٢٠٠٦، أى بزيادة قدرها ٧٢,٤% عن تعداد عام ١٩٨٦، ويتوقع أن تزداد هذه النسبة إلى ٧,٦% عام ٢٠٢١ (Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Zarit, S.H.& Whitalch, C.J., 1995, p.5.) عزة عبد الكريم مبروك، ٢٠٠١، ص ص ٦-٧). وإن

تفاوتت نسب انتشار كبار السن فى كل من المجتمعات النامية[١] والمجتمعات الصناعية[٢] حيث فى المجتمعات الصناعية نجد انتشاراً أكبر لكبار السن نتيجة لتحسن مستوى الرعاية الصحية وأسلوب الحياة[٣] فى مرحلة الرشد[٤].

هذا ولا يوجد مقياس وحيد ثابت للأعمار إلا أن أغلب باحثو الأعمار اتخذوا من عمر ستين أو خمسة وستين عاماً إشارة لبدء كبر السن. حيث تبدأ فى الظهور حول هذا السن كثير من العمليات الجسمية والنفسية. وفى هذا السياق يُقترح عدة أسباب لهذا التدهور الجسمى، منها نظريات التمزق[٥] (حيث تستهلك أجزاء من الجسم مع الاستخدام) والنظريات الخلوية[٦]، وترى أن الجسم يشيخ من خلال التعرض للسموم[٧]. ويأخذ أعمار وظائف الجسم[٨] شكل فقد الخلايا وكذلك تدهور فى كفاءة الخلايا المتبقية وغيرها من النظريات الأكثر تعقيداً (Hamilton, I.S, 2000, p.43).

باختصار، فالأعمار يحدث نتيجة لمجموعة كبيرة من المتغيرات ويرتبط به عدد من الاضطرابات منها العته على سبيل المثال؛ فالعته يعد أكثر الاضطرابات المخيفة والمدمرة[٩] فى مرحلة العمر المتقدمة. فمرض العته ـ وهو مرض فقدان الذاكرة[١٠] الجزئى أو الكلى ـ يكون مصحوبا عادة بخلل فى الوظائف المعرفية[١١] مما يجعل المريض غير قادر على القيام بوظائف حياته اليومية وواجباته الاجتماعية. ويطلق على هذا المرض لفظ الوباء الصامت، ويرجع هذا إلى تفشى المرض بين المسنين المعرضين له مع التقدم فى العمر (محمد عبد الفتاح العكل، ٢٠٠٢، ص٢). فمرضى العته يعانون من تدهور الأداء العقلى،

وأنماط سلوك الرعاية الذاتية[١٢] وتدهور الشخصية، والسلوك الحركى والاجتماعى مما يجعلهم ويجعل القائمين على رعايتهم يعانون بدرجة مرتفعة من المشقة والتى تؤدى بدورها إلى نتائج سلبية عديدة مثل العبء النفسى[١٣] الشديد والعزلة الاجتماعية، والاكتئاب والمشكلات الاجتماعية، فعواقب العته لا تقع على المريض فحسب بل على أفراد أسرته الذين يقدمون له الرعاية أيضا، وكلما تقدم المرض تزايدت متطلبات الرعاية نظرا للطبيعة المدمرة للمرض والمسئوليات المصاحبة مما يجعل القائمون بالرعاية يقعون تحت مشقة مزمنة[١٤]، مصدرها المتطلبات التى تفرضها الحالة المضطربة للمريض وهى مثيرات أولية لأنها لا تنفصل عن جذور المشكلة (Anshensel, et al., 1995, p.470).

وعلى الرغم من أن هذه الاضطرابات تصبح أكثر تكراراً فى الأعمار المتقدمة، فإنه لا يبدو أنها تعود لعملية الإعمار وإنما تعود هذه الاضطرابات لعمليات مرضية معينة. فقد حدد الباحثون اضطرابات بعينها تسبب العته (Anshensel, et al., 1995, p.7) سوف يتم تناولها فى ثنايا هذا الفصل، حيث نعرض لتعريف العته، ونسب انتشاره ومظاهر الاضطرابات المصاحبة له ومختلف أنواعه ونختتم أخيرا باستعراض أهم النظريات التى استهدفت تفسير حدوثه.

أولا: تعريف العته

يمثل العته زملة مخية يسببها تدمير بنائى[١٥] وكيميائى عصبى[١٦] منتشر فى الأبنية القشرية وغير القشرية[١٧]، ويتسم بحدوث اضطراب فى الذاكرة، وفى الشخصية والسلوك، وكذلك فى مجالات معرفية أخرى (مثل: اللغة، والمهارات المكانية[١٨] والانتباه[١٩] والحكم[٢٠]،

والاستدلال[٢١]. ومن المجالات المعرفية التى لها ارتباط وثيق بنشاطات الحياة اليومية، الوظائف التنفيذية [٢٢] وهى تشير إلى العمليات العقلية المتضمنة فى التخطيط[٢٣] والمبادرة[٢٤] وتنظيم السلوك[٢٥]. وتتدهور مهارات الرعاية الذاتية[٢٦] والعقلية العليا (مثل: إدارة النقود، والتنقل) أسرع من القدرات العملية الأساسية (مثل: العادات المتكررة حيث تقاوم التدهور حتى فى مراحل العته الشديد (Formholt, P., & Bruhn, p., 1998)

وثمة تعريف واسع الانتشار للعته، هو تعريف الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية لرابطة الطب النفسى الأمريكية وهو يشير إلى أن الملمح الأساسى للعته هو تناقص عام فى الوظائف المعرفية ويتسم باضطراب فى الذاكرة بالإضافة إلى واحد من الاضطرابات المعرفية الآتية: الحُبْسة أو الاضطراب اللغوى[٢٧] عموما، والعمه الحركى المقصود[٢٨]، وعَمَهْ التعرف[٢٩]، أو الاضطراب فى الوظائف التنفيذية[٣٠]. ويجب أن تكون الاضطرابات المعرفية شديدة بدرجة كافية بحيث يترتب عليها اضطراب فى الجانب الاجتماعى أو المهنى، ويجب أن يكون هذا الانخفاض فى الأداء عن أعلى مستوى سابق للأداء، كما لا يجب تشخيص العته أثناء دورة الهذيان[٣١]. على أن العته والهذيان قد يشخصان معاً إذا وجد العته فى أوقات يغيب فيها الهذيان، وقد يرتبط العته سببياً بحالة طبية عامة، أو نتيجة للاستخدام المستمر لبعض المواد السامة أو لمجموعة من هذه العوامل معاً. ويتطلب لتشخيص العته حدوث اضطراب فى الذاكرة، حيث يعد اضطراب الذاكرة أحد الأعراض المبكرة للمرض (DSM-IV, 1944, p.134)

أما فيما يتعلق بنسب انتشار مرض العته، نجد أن العته يصيب ٥% إلى ٢٠% من المسنين الذين يبلغون من العمر ٦٠ عاماً فأكثر، هذا ويتضاعف معدل إنتشاره مع زيادة العمر كل خمس سنوات من ٥ % فى المسنين الذين يبلغون من العمر ٦٥ عاماً إلى حوالى ٥٠ % فى المسنين الذين يبلغون من العمر ٨٥ عاماً. هذا ولا يقتصر العته على مرحلة الشيخوخة، وإنما يمتد إلى مراحل عمرية مبكرة حيث يتزايد معدل حدوثه بتزايد العمر. ويعد مرض الزهيمر أكثر أنواع العته انتشاراً حيث يمثل ٥٠ - ٦٠% من الإصابة بالعته، بينما يمثل عته الجلطات المتكررة(٣٢)، أوعته الأوعية الدموية حوالى ٣٠% وهناك خليط من الاثنين يمثل ١٠ - ٢٠%، وبقية الأنواع يتمثل فى العته الناتج عن مرض هنتنجتون(٣٣) ومرض الشلل الرعاش(٣٤) ومرض چاكوب كرتزفيليد(٣٥)، والعته الناتج عن الارتشاح الدماغى. وفى دراسة حديثة للمسنين المصريين تبين أن معدل انتشار الخلل فى الوظائف المعرفية للمخ ومعدل انتشار العته فى المسنين المصريين متمشياً مع معدلات انتشار المرض المنشورة عالمياً (محمد عبد الفتاح العكل، ٢٠٠٢، ص ١، ص ١٣ و Hamilton, I.S., 2000, p. 166).

ثانيا: مظاهر الاضطرابات المصاحبة لحدوث العته

تظهر أهمية مظاهر الاضطرابات المصاحبة للعته فى المساعدة على التشخيص المبكر له، و يمكن تقسيم أعراض العته إلى أعراض معرفية وغير معرفية، ويفيد هذا التقسيم فى توضيح أن أعراض العته لا ترتبط جميعها باضطرابات فى العمليات المعرفية، إلا أنه يثير مشكلات عديدة هى :

١- غموض المقصود بمصطلح غير معرفى فلا يوجد تعريف مقبول لها إلى الآن، فقد وصف «برنز» Burns وزملاؤه (١٩٩٠) اضطرابات محتوى التفكير، واضطرابات الإدراك، واضطرابات المزاج والسلوك فى إطار الأعراض غير المعرفية للعته، بينما نجد أن كلا من «كومينجز» Cummings و «فيكتوروف» Victotoff (١٩٩٠) قد وصفا الأعراض غير المعرفية للعته على أنها تتضمن أعراضاً مرضية نفسية (الضلالات، والهلاوس، وتغيرات المزاج) وأعراضاً سلوكية كالتغيرات فى الوظيفة النفسية الحركية (التجوال، الاستثارة، والعدوان .. إلخ)، والتغيرات فى الخصائص العصبية (اضطرابات النوم، ونقص الشهية، والعجز الجنسى)، وتغيرات الشخصية (Rabins, P.V, 1966 & Zaudig, M., 1996).

٢- تداخل ما هو معرفى وغير معرفى من الأعراض، فعلى سبيل المثال، قد يصبح مريض العته الذى يعانى من عمه التعرف خائفاً من زوجته وهو عرض غير معرفى لأنه لا يستطيع أن يدركها كشخص مألوف له ـ كنتيجة لاضطراب معرفى ـ أو لأن لديه هلاوس ـ كنتيجة لعرض غير معرفى.

٣- يتجاهل هذا التقسيم فائدة المنحى الوظيفى للاضطراب، بمعنى أننا لا نبحث عن مسببات الاضطراب وعلاجها، وإنما علاج العرض بغض النظر عن مسبباته. كما يمكن تقسيم أعراض العته إلى معرفية فى مقابل سلوكية أو مرضية نفسية، ولهذا التقسيم أوجه قصوره مثل التقسيم السابق حيث تتداخل الفئات المعرفية السلوكية مما يضعف ثبات هذا التصنيف، وأخيراً فإنه يمكن

تصنيف العته تصنيفا أكثر تعقيدا إلى اضطرابات معرفية، واضطرابات سلوكية، وعجز وظيفى (Rabins, 1996)، حيث تقدم كل فئة من هذا التصنيف نوعية خاصة من العلاج الدوائى والبيئى أو التأهيلى.

هذا ونكتفى هنا باستعراض الاضطرابات المعرفية والاضطرابات السلوكية لمرض العته على أن نرجئ الحديث التفصيلى عن العجز الوظيفى فى الجزء الخاص بعرض أدوات الدراسة الميدانية التى أعدت خصيصا لقياس هذا المفهوم.

١- مظاهر الاضطرابات المعرفية المصاحبة لحدوث العته:

تختلف الوظائف المعرفية المضطربة باختلاف طبيعة العته، ومعنى ذلك أن كل الوظائف المعرفية لا تضطرب فى الأشكال المختلفة منه.كما أن أنماط التلف الذى يظهر على المرضى ليست عشوائية لكنها ترتبط بالمنطقة التالفة من الدماغ (Morris, R., 1996, p. 220). وتشمل الاضطرابات المعرفية جوانب كثيرة تتصاحب عند بعض المرضى بالعته، ومنها :

(أ) الحُبْسَة والاضطراب اللغوى:

ويتمثل فى صعوبة إنتاج أسماء الأفراد والأشياء، وقد يصبح الكلام غامضاً، وتستخدم فيه مصطلحات غير محددة الهوية[٣٦] مثل «شىء». كما قد يصعب على المريض فهم اللغة المنطوقة أو المكتوبة. وفى المراحل المتأخرة من العته قد يتحدث المريض بكلام غير مفهوم أو يكرر الأصوات والكلمات كثيراً.

(ب) عَمَهْ الحركة أو اضطراب الحركات المقصودة:

قد يعانى الأشخاص المصابون بالعته من اضطراب الحركات المقصودة، ويقصد به اضطراب قدرة الفرد على تنفيذ النشاطات

الحركية رغم تماسك القدرات الحركية والوظيفة الحسية وفهم المهمة المطلوبة. فمرضى العته يفقدون قدرتهم على تنفيذ الأفعال الحركية المعروفة (مثل: التلويح باليد أو الإشارة بها) أو قدرتهم على الأداء (مثل: تمشيط الشعر). وقد يسهم الاضطراب فى إحداث عجز فى نشاطات اللبس، والرسم.

(ج) عَمَهْ التعرف:

فقد يعانى مرضى العته من عَمَه التعرف، المتمثل فى الفشل فى الإدراك أو التعرف على الأشياء على الرغم من تماسك الوظيفة الحسية (مثال: عمهْ التعرف على الوجه فى المرآة).

(د) اضطراب الوظائف التنفيذية:

تمثل اضطرابات الوظائف التنفيذية مظهراً شائعاً للعته، وتتضمن القدرة على التفكير التجريدى والتخطيط والمبادرة والمتابعة والتحكم. وقد يظهر اضطراب التفكير التجريدى فى صورة صعوبة فى التعايش مع المهام الجديدة، وتجنب المواقف التى تتطلب معالجة المعلومات المعقدة والجديدة.

(هـ) عطب الذاكرة:

تضطرب قدرة الأشخاص الذين يعانون من العته على تعلم المعلومات الجديدة، أو ينسون المواد المتعلمة قديماً. هذا ويعانى أغلب الأشخاص المصابون بالعته من هذين النمطين من اضطرابات الذاكرة فنجدهم ينسون أين وضعوا الأشياء المهمة مثل محافظ النقود والمفاتيح، وينسون الطعام الذى يطهونه على الموقد.

وفى المراحل المتقدمة للعته نجدهم ينسون يوم ميلادهم، وأفراد أسرهم بل وفى بعض الأحيان ينسون حتى أسمائهم (Ibid, pp. 134 - 135) وعلى الرغم من أن التعريف ينص على أن كل المرضى المصابون لديهم عطب فى الذاكرة فإن مرض بيك[٣٧] يستثنى من ذلك، حيث تكون الذاكرة فيه طبيعية فى المراحل المبكرة والمتوسطة من المرض، كما ذكر «كومينجز وبنسون» (Cummings, & Benson, 1992, P.2)

وعلى الرغم من أن الذاكرة يمكن أن تتدهور مع تقدم العمر نتيجة لتأثر قدرة المسن على معالجة المعلومات الجديدة، مما يؤثر بدوره على توافق كبار السن، وقدرتهم على التعامل مع المتطلبات المتغيرة، فإن هذه التغيرات وحدها لا تكفى لتشخيص مرض العته. فمشكلات الذاكرة تحدث لدى كبار السن الطبيعيين لكن دون أن ترتبط بأشكال أخرى من الاضطراب المعرفى، ونادراً ما تؤثر على الأداء اليومى. هذا وقد يصعب أن نميز بين النسيان[٣٨] المرتبط بتقدم العمر عن المظاهر المبكرة للأداء المعرفى المضطرب المرتبط بمرض العته (Adelman, A.M., & Daly, M.P., 2001, p.239).

٢- مظاهر الاضطرابات السلوكية المصاحبة لمرض العته:

رغم عدم الاتفاق على تعريف الأعراض اللامعرفية فإنه من المهم وجود تعريف شائع للاضطرابات السلوكية لأنها تشكل عبئاً خاصاً على القائم برعاية المريض، كما تمثل تحديا كبيرا يواجه المختصين برعاية مرضى العته (مثل: القلق والشك)[٣٩] وقد تتسبب فى احتجازه، حيث تختلف مقاييس الاضطرابات السلوكية وفقا لمصدر المعلومات هل القائم بالرعاية أم المريض .. إلخ)، وفى نوع السلوك المقاس (تغيرات

مزاج، استثارة أو الضلالات)، كما تختلف وفقا للنظريات التى تفسر وجود هذه الاضطرابات حيث يعتقد البعض أن اضطرابات السلوك تعد رد فعل للمشقة الانفعالية المرتبطة بحالة العته، كما يعتقد البعض الآخر أنها استجابة للاضطراب المعرفى المتقدم. كما ينظر آخرون إلى السلوك على أنه علامة أساسية على وجود مرض فى الجهاز العصبى المركزى (Zauding, 1996).

وهكذا لا توجد طريقة مثلى لتعريف الاضطرابات السلوكية للعته، حيث يسبب الأعراض ذاتها أسباب عديدة، فالعلاج الواحد قد يصلح لتحسين عرض له أسباب عديدة، والعلاجات العديدة قد تعالج عرضاً واحداً. وهذا يشير إلى أن صدق نموذج مفهومى واحد أمر بالغ الصعوبة إذا لم يكن مستحيلا، هذا ويعتمد اختيار الباحث لمقياس معين من مقاييس الاضطرابات السلوكية على الهدف من الدراسة (دراسة نواتج العلاج، أم معاناة القائم بالرعاية .. إلخ) (Ibid).

وتظهر الاضطرابات السلوكية فى أكثر من ٥٠% من مرضى الزهيمر، ومع تقدم المرض تظهر بعض الاضطرابات السلوكية فى كل مرضى العته (Ibid, p. 9.,) لهذا نجد أن بعض الباحثين قد اقترحوا أن ينظر إلى مرض العته كمتصل حيث يصعب تمييزه أو اكتشافه فى المراحل المبكرة عن المسنين الذين لا يعانون العته. ونجد هذا أيضاً فى كثير من الأمراض، حيث فى بداية المرض، يشارك المريض الشخص السوى فى كثير من الخصائص (Hamilton, 2000, p. 188). ولأن مرضى العته - مثل مرضى مختلف أنماط الخلل الدماغى - لديهم درجات متباينة من مستوى الوعى[٤٠] بمشكلاتهم السلوكية والمعرفية. ولأن

الوعى يقل أكثر مع تقدم العته، فإنه كلما زاد الاضطراب المعرفى لدى المريض قلت شكوى المريض من اضطراب كفاءته(Formholt, & Bruhn, 1998, p.185).

ثالثا : أنواع العته

هناك تصنيفات عديدة لمرض العته ويلاحظ أن هذه التصنيفات قد ترتبط بالعمر الذى يحدث فيه العته وبالأسباب المؤدية للإصابة بهذا الاضطراب، ونعرض فيما يلى لبعض منها:

(١) التصنيف وفقا للعمر الذى بدأ عنده ظهور الأعراض :

تشير بعض الدراسات عن العته إلى حدوث نوعين من المرض، يتم التمييز بينهما حسب العمر الذى بدأ عنده ظهور الأعراض وهما:

(أ) عته ما قبل الشيخوخة:[٤١]

وهو الذى يصيب الأفراد قبل سن الخامسة والستين، ويبدأ ظهور الأعراض قبل هذه السن.

(ب) عته الشيخوخة:[٤٢]

وتبدأ أعراض العته لدى الأفراد الأكبر سنا أى من سن الخامسة والستين وما بعدها.

(٢) التصنيف وفقا للأسباب المؤدية للإصابة بمرض العته:

ويتضمن العته عددًا من الاضطرابات التى يشغل كل منها جزءاً من نسب انتشار العته، ويلاحظ أن هذه التسميات والتصنيفات قائمة على أساس الأسباب المؤدية للإصابة بهذا الاضطراب. وقد مرت تصنيفات هذا المرض بتطورات عديدة، ونعرض فيما يلى لبعض منها:

(أ) التصنيف ثلاثى الأبعاد ويشمل:

١- الأمـراض التى ترتبط بعـلامـات لهـا عـلاقـة بالمرض الطبى مـثل أمراض قصور الغدة الدرقية ونقص التغذية.

٢- وتلك المرتبطة بعلامـات عصـبيـة لكنهـا ليست واضـحة على أنهـا مرض طبى مثل مرض هنتجتون.

٣- وتلك التى يظهر فيها العته على أنه الدليل الوحيد للمرض العصبى أو الطبـى مـثل ألزهيـمـر وغـيـره (Sumerholm, B. 1991, & Hechler, M., 1988).

(ب) التصنيف الثنائى:

على الرغم من أن مـرض العته يعـد مرضاً كلياً، فإنه لا يوجـد مـرض عته يتضمـن كل مناطق الدمـاغ بشكل متسـاو، أو يؤثر على النشـاطات العصبيـة النفسـية بنفس الدرجـة. وتختلـف أعـراض العتـه تبعـاً لموقع[٤٣] وامـتـداد[٤٤] العطب الدمـاغى فى الاضطرابات المختلفـة التى تسـبب العـتـه (Aneshensel, et al., 1995, p.9). ولذلك يفـضل بعض البـاحـثـين التفرقة بين نمطين أساسيين من الاضطرابات العصبية النفسية خلال زملة العته بناء على العطب التشريحى العصبى المتضمن.

١- **النمط الأول** : ويتضـمن العطب القشرى مثل ألزهيـمـر وبيك الذى يؤثر بشكل أسـاسـى على القشرة.

٢- **النمط الـثانى** : عتـه تحت القشـرة ويتضـمن الارتشـاح الدمـاغى، وزملة أعراض المادة البيضاء[٤٥] والعتـه الوعائى الذى يؤدى إلى اختلال وظيفى كبير فى المهاد وجذع المخ.

وتشبه أعطاب العته القشرى العمليات البؤرية التى تتضمن القشرة المخية، وتصاحبها اضطرابات لغوية مع صعوبات التسمية، واضطراب الفهم، واضطراب الذاكرة (وتتضمن كلاً من التعلم الجديد والاستدعاء طويل المدى وعمه التعرف، والاضطراب الحركى، والاضطرابات البصرية المكانية والاضطربات التركيبية، والقدرة الحسابية، والقدرة على التحكم، واضطراب القدرة على ارتداء الملابس وعدم التوجه المكانى فى البيئة[٤٦]. هذا وقد تبقى الشخصية كما هى إلى حد كبير، ولكن قد يظهر فقدان الاهتمامات أو فقدان القدرة على إيقاف السلوك السلبى.

ويظل الفحص العصبى الأساسى طبيعياً بشكل ملحوظ فى مرضى العته القشرى حتى المراحل الأخيرة من المرض، وكذلك المشى، والوضع والنغمة، والمنعكسات.وعلى العكس من اضطرابات العته تحت القشرية، فإن الكلام يبقى طبيعياً فى حدة الصوت[٤٧] والنطق[٤٨].

وعلى العكس تماماً من عمليات العته القشرية نجد أن **الملامح العيادية للحالة العقلية فى اضطرابات العته تحت القشرية هى**: بطء المعرفة، والنسيان المصحوب بصعوبة الاستدعاء التلقائى للمعلومات، وبطء الكلام، والفهم، والتقلبات الوجدانية[٤٩]. هذا ويمكن مساعدة المرضى على التركيز بالهاديات، فهم يتعلمون كثيراً لكن لا يستدعون دون حث (Cummings & Benson, 1992, p. 2, & Hamilton, 2000, p. 178).

ونتناول الآن بعض تلك الأنواع الشائعة من العته بقدر من التفصيل، ونستهل الحديث بمرض الزهيمر[٥٠]، كأحد أنواع العته القشرى حيث يعد من أكثر الأمراض الشائعة التى تؤدى إلى الذهاب إلى الطبيب حيث تمثل ٥٠ %– ٧٠ % من الحالات التى تذهب للطبيب. وقد أكدت

الدراسات الوبائية على هذه النتيجة. ويتمثل هذا المرض فى حدوث اختلال عيادى وكيميائى عصبى ونفسى عصبى[٥١] ملحوظ وهو يمثل زملة[٥٢] أكثر منه مرضاً وحيداً[٥٣]. ويوجد تنوع فى معدلات انحدار[٥٤] المرض رغم ما تظهره مقاييس مراحل المرض من خطية الانحدار خلال مراحل المرض البسيطة والمتوسطة، فإن كثيراً من الاختبارات المعرفية الشائعة الاستخدام لتقدير التدهور المعرفى؛ كمقياس فحص الحالة العقلية المختصر[٥٥] لا تظهر معدلات تدهور خطية، ولكنها تظهر التدهور على شكل حرف S[٥٦]. على أية حال فإن التنبؤ بدورة المرض فى حالة بعينها محدود للغاية (Wilcock G.K. et al., 1999, p. 232). ويتسم المرض بعطب فى الوظائف النفسية العصبية والمعرفية العليا، مصحوبة بتغيرات فى السلوك، والشخصية، وانخفاض القدرة على أداء نشاطات الحياة اليومية. ويعد مرض ألزهيمر حقيقة مرضاً يصيب القشرة المخية[٥٧]، حيث يتسم سلوك المرضى فيه بالنشاط، وعدم التوقف[٥٨]، والطفولية [٥٩]، إلا أنه فى المراحل الأخيرة من المرض يصبح المرضى متبلدين[٦٠] ويفقدون الأداء الحركى.

أما فيما يتعلق **بالعته الوعائى** [٦١]، نجده يعد ثانى أكثر أسباب العته شيوعاً، يحدث العته الوعائى عادة كنتيجة لحدوث جلطات متكررة سواء فى المناطق القشرية أو تحت القشرية من المخ.

وفيما يتعلق **بعته الفص الأمامى**[٦٢]، فإنه يعد أحد الأسباب الشائعة لحدوث العته، ويعد مرض بيك أكثر أنواعه شيوعاً، ويكون مصحوباً بتغييرات فى السلوك والشخصية مثل السلوك الجنسى غير المتوقف.

ويمثل **عته أجسام لوى**[٦٣] كسبب ثالث للعته اضطراباً يتسم بأعراض حركية (غالباً ما يصعب تفرقته عن مرض الشلل الرعاش)، وتحدث هذه الأعراض فى الوقت نفسه الذى تحدث فيه أعراض العته، حيث يعانى هؤلاء المرضى من تذبذبات[٦٤] فى اليقظة[٦٥]، وربما أيضاً هلاوس وضلالات. أما الأداء المعرفى فيتباين فيما بينهم. وتفترض الدراسات الحديثة أن عته أجسام لوى قد يكون أكثر شيوعاً الآن عما سبق.

وفيما يتعلق **بالعته المصاحب لمرض الشلل الرعاش**، وجد أن ما يزيد عن ٤٠% من مرضى الشلل الرعاش، يصبح لديهم مرض عته يصعب تفرقته عن مرض ألزهيمر بعد عدد من السنوات حيث يظهر لدى هؤلاء المرضى أعراض تعكس بطئاً عاماً فى المعرفة، والعجز عن أداء الوظائف التنفيذية العليا بالإضافة إلى الأعراض الحركية النمطية لمرض الشلل الرعاش.

وفيما يتعلق **بالارتشاح الدماغى**، فقد يحدث العته فى أى وقت أثناء مرض الارتشاح الدماغى. هذا وليس معروفاً الأسباب التى تؤدى إلى اعتلال[٦٦] الدماغ فى مرضى الارتشاح الدماغى. ولكنها قد ترتبط بالتغيرات فى السائل المخى الشوكى[٦٧]، وبالتغيرات فى الطريقة التى يمتص بها هذا السائل؛ مما يتسبب فى حدوث ضغط مدمر على نسيج المخ.

وأخيراً من الأسباب النادرة للعته غير القابل للشفاء أو العلاج[٦٨] **مرض چاكوب كرتزفيلد** والذى يصاحبه انقباضات ارتعاشية[٦٩]. ومرض **هنتنجتون** كوريا وهو اضطراب چينى سائد يتسم بحركات تشبه الحركات الكورية[٧٠].

ومن الأسباب القابلة للعلاج[٧١] الاضطرابات الأيضية[٧٢]، والالتهابات[٧٣] والاكتئاب الشديد أو اضطرابات نفسية أخرى. وقد تكون هذه المشكلات المصدر الرئيسى للأعراض أو قد تصاحب الاضطرابات غير القابلة للشفاء فى كبار السن (Aneshensel, etal., 1995, p.8).

هذا ويتوقع أن يعيش مريض العته غير القابل للشفاء من عشرة إلى خمسة عشر عاماً من ظهور الأعراض الأولى للمرض، ويواجه القائم بالرعاية خلال هذه الفترة مهام تعايش متغيرة عبر الوقت. نتيجة لذلك، لا توجد علاقة كبيرة بين سبب العته ومشقة القائم بالرعاية، بينما توجد هذه العلاقة بين مشقة القائم بالرعاية، وشدة الاضطرابات المعرفية والسلوكية للمريض.

رابعاً : شدة العته

إن شدة العته لا تعنى مدى الاضطرابات السلوكية لدى المريض ؛ فالسلوك المضطرب للمريض وأرجاعه الانفعالية قد تصل لقمتها مبكراً فى بداية المرض، وإذا أردنا أن نقيس الشدة الحقيقية، وتعنى إلى أى مدى تقدمت الإصابة فى المخ، فنحن نحتاج إلى مقياس عام لاضطراب الوظائف. وعلى أى حال، فإنه بالاعتماد على الصورة العيادية، يمكن تصنيف شدة الاضطرابات **تبعاً لوجود أو اختفاء الأعراض كالآتى:**

(أ) اضطراب بسيط[٧٤]: ويعنى وجود عدد قليل من الأعراض، ووجود اضطراب محدود فى الأداء الاجتماعى والمهنى.

(ب) اضطراب متوسط[٧٥]: تكون فيه الأعراض أو الاضطراب الوظيفى بين البسيط والشديد.

(ج) اضطراب شديد[٧٦]: توجد فيه كثير من الأعراض التى تؤدى إلى اضطراب ملحوظ فى الأداء الاجتماعى والمهنى.

استجابة المريض لخبرة العته

إذا أخذنا فى الحسبان مريضة بدرجة شديدة من العته، غير قادرة على الفهم وليس لديها أى أفكار أو مشاعر، فإن ما يمكن أن نعرفه عن خبرتها قليل لأنها ستنسى أى شىء تمر به.

وعلى الرغم من أن مرضى العته قد لا يكونون قادرين على شرح كل خبراتهم بوضوح، فإن كثيراً منهم - فى المراحل المبكرة من المرض - يكون لديهم استبصار[٧٧] جيد عما يحدث، ويستطيعون أن يصفوا مشاعرهم جيدا (Jacques, A., 1992, pp. 171-174, p. 282, & Sadock, V.A., 2002, p.32).

فالمفاهيم النفسية الحديثة للعته تؤكد الجهود الذاتية لمرضى العته للتعايش مع أعراض المرض لديهم، ومن غير المحتمل أن تظهر هذه الجهود ما لم يكن لدى المريض بعض الوعى بمشكلته (Ibid, p. 185).

خامساً: الإطار النظرى الجدلى للعته

على الرغم من تعدد المظاهر الاجتماعية والشخصية لمرض العته، فإن محاولات الدمج بين هذه المظاهر فى إطار نظرى متكامل كانت محدودة. فقد كان الإطار النظرى السائد للعته فى العلوم العصبية هو الإطار المعيارى والذى يمكن أن يعبر عنه كالآتى:

التغيرات التى يتعرض لها الفرد (س) فى حياته تؤدى إلى تغير عصبى مرضى الأمر الذى يُفضى به إلى العته.

ومن ثم كانت مختلف البحوث تهدف إلى تحديد المتغيرات العديدة (س) التى تسبب التغيرات العصبية المرضية كشروط ضرورية لحدوث العته القشرى أو تحت القشرى، حيث تسبب الجلطات المتعددة العته تحت القشرى على سبيل المثال. أما أسباب العته القشرى والذى يمثله مرض ألزهيمر فلا تزال غير معروفة على وجه الدقة (Kitwood, T., 1996, P.268).

إلا أن الدور الذى تؤديه العوامل الوراثية فى الإصابة بمرض العته جذب انتباه الباحثين مؤخراً. وقد وجد هؤلاء الباحثون أن الإصابة بمرض ألزهيمر بسبب وجود موروثات لها طبيعة خاصة أمر غير حتمى. فعلى سبيل المثال، قد يصاب أحد توءمين بمرض ألزهيمر دون الآخر. ويشير نموذج العته إلى أن الخصائص الوراثية للفرد، تهيئ لحدوث المرض، لكن حدوثه بالفعل تحدده ظروف البيئة أو السياق مثل الفيروسات أو خبطات الرأس الشديدة أو التعرض للألمنيوم الذى اكتشف حديثا فى الخلايا المخية لمرضى الزهيمر. وما يزال السبب الذى يجعل مرضى ألزهيمر يتأثرون دون غيرهم بمادة الألمنيوم غامضاً. ويشير أحد الاحتمالات إلى أن الخلايا الميتة فى مخ مريض ألزهيمر هى المسئولة عن امتصاص الألمنيوم، وليس أن الألومونيوم هو سبب موت هذه الخلايا. وبهذا يكون للألمنيوم عرضاً وليس سبباً (Hamilton, 2000, p.174).

وقد واجه الإطار المعيارى ثلاث عقبات أو مشكلات واقعية هى:

١- الارتباطات الضعيفة بين أعراض العته وحجم الإصابة العصبية.

٢- إمكانية تدهور مرضى العته بشكل سريع لا يمكن إرجاعه إلى تدهور نسيج المخ الذى يحدث تدريجيا. فقد وجد أن مريض العته قد ينتقل من مرحلة العته المتوسط إلى الشديد بسرعة عقب دخوله إحدى المؤسسات أو دور الرعاية.

٣- وجد أن النسيج المخى لبعض مرضى العته يخلو من إصابة عصبية. وهو بهذا يشبه مخ الأسوياء. وعلى الرغم من أن بعض الباحثين قد ذهب إلى أن ذلك يشير إلى خطأ التشخيص، فإن ذلك لم يحل المشكلة، ومن ثم كان المجال مفتوحاً لأطر نظرية أكثر مواءمة. وقد قدم «كايتود» Kitood (١٩٨٦) إسهاما تمثل فى إطار نظرى يمكن أن يتفرع عنه عديد من النظريات هو الإطار النظرى للعته، حيث يوجد خمسة عوامل كى نفهم مظاهر العته فى شخص ما، كما فى المعادلة التالية:

العته = ش + س + ص + ع ع + ج

العامل الأول: الشخص (ش)، وهى إمكانات العمل التى يملكها الفرد.

العامل الثانى: السيرة الذاتية (س)، فلا يمكن فهم مريض العته فى السن المتقدم إذا لم نفهم نشأته، واهتماماته، وخبراته مثل فقد الأشخاص المهمين لديه، والتغيرات الصحية التى مر بها.

العامل الثالث: الصحة الجسمية (ص)، فاختلال مستوى الأيض على سبيل المثال يتسبب فى حدوث حالة الخلط التى تشاهد لدى

مريض العته، كذلك فإن كلا من السموم الناتجة عن العدوى، والفشل الكلوى، واختلال التوازن الهرمونى، والنقص الشديد فى الفيتامينات، ومشكلات صحية أخرى مثل، فقد القدرة على الحركة، أو فقد الرؤية أو فقد السمع، تؤثر على تفاعل المريض واحتفاظه بكفاءته.

العامل الرابع: العطب العصبى (ع .ع)، حيث تعتمد قدرة الجهاز العصبى على معالجة المعلومات على نمط العطب العصبى، وشدته وموقعه.

العامل الخامس: العوامل الاجتماعية (ج)، فبينما تضعف قدرة مرضى العته على تمثيل المحتوى المعرفى، تزداد حساسيتهم للمعلومات غير اللفظية التى تتأتى من المحيط الاجتماعى وتؤثر على صحتهم ومرضهم.

هذه العوامل قد تكون سلبية أو إيجابية. من بين العوامل السلبية نجد، الوصمة التى ترتبط بمرضى العته، بينما يمثل التيسير على سبيل المثال ويقصد به مساعدة القائمين بالرعاية لمرضى العته على عمل أشياء لا يستطيعون عملها بمفردهم، عاملا إيجابيا.

نجد أن ثلاثة عوامل من بين العوامل الخمسة السابقة ثابتة فى مريض العته وهى: الشخصية التى تكونت عبر وقت طويل، والسيرة الذاتية التى حدثت بالفعل، والعطب العصبى الذى لا يمكن شفاؤه حتى وقتنا الحاضر. أما الصحة الجسمية والعوامل الاجتماعية فمتغيرة، حيث يمكن زيادة المستوى الصحى لمرض العته، وزيادة العوامل الاجتماعية الايجابية التى تزيد كفاءته واحترامه لذاته (Op. ,Cit p.268, pp.272-274).

إذًا تنتج أعـراض العـتـه فـى أى شـخـص مـن التـفـاعـل المعـقـد بـين العوامل الخمسة، بينما يعتمد تقدم المرض بشكل أساسى على التفاعل بين العطب العصبى والعوامل الاجتماعية، هذا التفاعل الذى يؤدى إلى إنتاج حالة جديدة لدى مريض العته ولهذا فهو يتسم بالجدلية. وفيما يلى نعرض مزايا هذا المنحى النظرى الجدلى أو التكاملى أو التفاعلى.

١- يستفيد هذا المنحى النظرى الجدلى التفاعلى من العلوم العصبية والطبية والنفسية والاجتماعية على السواء.

٢- إن هذا المنحى يشير إلى أهمية ما يقوم به القائمون على رعاية مرضى العته وما لا يجب أن يقوموا به حيث أن العوامل النفسية الاجتماعية السلبية المستمرة قد تسبب عطباً فى المخ، كما أن العوامل النفسية والاجتماعية السلبية المستمرة قد تسبب اضطراباً فى المخ، كما أن العوامل النفيسة والاجتماعية الإيجابية قد تنبه عبر الوقت الخلايا العصبية لإعادة التكامل البنائى لدى مريض العته (Kitwood, p. 275, p. 280).

هوامش الفصل الأول

(١) Developing countries
(٢) Industrialised countries
(٣) Life style
(٤) Adulthood
(٥) Wear and tear theories
(٦) Cytologic
(٧) toxins
(٨) Physiological aging
(٩) Devasting
(١٠) Memory loss
(١١) Cognitive functions
(١٢) Self care
(١٣) Psychological burden
(١٤) Chronic stress
(١٥) Structural
(١٦) Neuro-chemical
(١٧) Cortical and subcortical

(١٨) Spatial skills

(١٩) Attention

(٢٠) Judgment

(٢١) Reasoning

(٢٢) Excutive functions

(٢٣) Planning

(٢٤) Initiation

(٢٥) Regulation of behavior

(٢٦) Self-care skills

(٢٧) Aphasia

(٢٨) Apraxia

(٢٩) Agnosia

(٣٠) Excutive functions

(٣١) Delerium

(٣٢) Multi infarcts Dementia

(٣٣) Huntington's disease

(٣٤) Parkinson's disease

(٣٥) Jackob cruitzfeild

(٣٦) Indefinite reference

(٣٧) Pick's disease

(٣٨) Forgetfulness

(٣٩) Suspiciousnes

(٤٠) Awareness

(٤١) Presenile Dementia

(٤٢) Senile Dementia

Location	(٤٣)
Extent of brain damage	(٤٤)
White matter	(٤٥)
Enviromental disorientation	(٤٦)
Volume	(٤٧)
Articulation	(٤٨)
Alternations in affect	(٤٩)
Alzheimer's disease	(٥٠)
Neurophychological	(٥١)
Syndrome	(٥٢)
Unitary disease	(٥٣)
Decline	(٥٤)
Mini mental state examination (MMSE)	(٥٥)
Sigmoidal	(٥٦)
Cortical dementia	(٥٧)
Disinhibited	(٥٨)
Child like	(٥٩)
Apathetic	(٦٠)
Vascular dementia	(٦١)
Frontal-type dementia	(٦٢)
Lewy Body Dementia	(٦٣)
Fluctuations	(٦٤)
Alertness	(٦٥)
Brain dysfunction	(٦٦)
Cerebro spinal fluid	(٦٧)

Untreatable (٦٨)

Mycolonus (٦٩)

Choreoform movements (٧٠)

Treatable (٧١)

Metabolic disorders (٧٢)

Infections (٧٣)

Mild impairment (٧٤)

Moderate impairment (٧٥)

Severe impairment (٧٦)

Insight (٧٧)

الفصل الثانى

الظروف النفسية المرتبطة بعملية الرعاية

مقدمة

أولاً : تعريف مفهوم المشقة النفسية

ثانيـــاً : نظرية عملية المشقة المرتبطة بعملية الرعاية

ثالثـــًا : مفهوم الرعاية كأحد مصادر المشقة

رابعـــًا : النماذج والنظريات المرتبطة بمفهوم الرعاية الأسرية

الفصل الثانى

الظروف النفسية المرتبطة بعملية الرعاية

مقدمة :

يتمثل هدف هذا الفصل فى التعريف بمفهوم المشقة النفسية بشكل يبين جذورها النظرية وما يرتبط بها من فروض تساعد على ضبط هذا المفهوم وطرق قياسه، كما يساعد على بلورة معالمه.

أولا : تعريف مفهوم المشقة النفسية

يعد «هانز سيلياى» Hanz Sely (١٩٤٦) من الرواد الأوائل الذين فطنوا إلى وجود المشقة. وهو يعرفها باعتبارها «استجابة غير محددة للجسم لأى مطلب يفرض عليه بهدف التوافق، سواء أكان هذا المطلب يتمخض عن ألم أم عن لذة أو متعة»

وهناك تعريفات أخرى للمشقة تنظر إليها باعتبارها عوامل يتعرض لها الإنسان، وليست استجابة لما يتعرض له، حيث تعرف المشقة باعتبارها مثيرات تتطلب من الإنسان أن يتوافق معها (إيمان محمود عبد الحميد، ١٩٩٤).

وهكذا فقد تم التعامل مع مفهوم المشقة من وجهات نظر ثلاث، بحيث ركزت وجهة النظر الأولى على البيئة، ومن ثم فهى تدرك المشقة كمنبه، وتعالج وجهة النظر الثانية المشقة كاستجابة ناجمة عن مصدر خارجى أو داخلى، ولذا فهى تعد نوعاً من المعاناة والإجهاد[١]. أما الوجهة الثالثة من النظر فتصف المشقة كعملية تتضمن مثيرات المشقة[٢] واستجاباتنا لها. ووفقاً لهذه النظرة فإن المشقة ليست منبهاً أو استجابة فقط، وإنما عملية فيها الشخص يمثل عاملاً نشطاً يمكن أن يؤثر على البيئة من خلال الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية والانفعالية التى يقوم بها، كما أنه يمكن أن يتأثر بكل ما حوله ومن حوله فى السياق الذى يعيش فيه. هذا ويختلف الناس فى كم المشقة التى يشعرون بها من المنبه نفسه. ويمكن تعريف المشقة على أنها حالة نفسية ذات طبيعة انفعالية تنتج من التفاعل بين الشخص والبيئة الضاغطة بحيث يدرك الفرد شكلاً من أشكال التناقض أو التفاوت سواء أكان حقيقياً أم غير حقيقى بين مطالب الموقف[٣] والإمكانات[٤] الحيوية والاجتماعية والنفسية التى تساعده على مواجهتها (Sarafino, E.P., 1990, p. 78).

وفيما يلى عرض لمكونات التعريف الأربعة:

١- تستنفذ المشقة إمكانات الشخص الحيوية النفسية لمواجهة الأحداث الصعبة فى بعض الأحيان ويتركز التأثير بشكل أساسى على النظام الحيوى، كما يحدث مثلاً عند حمل شىء ثقيل.

٢- المكون الثانى هو «مطالب الموقف» ويشير إلى كم الإمكانات التى يتطلبها التعامل مع هذا الموقف بحيث لا يترك أثراً سلبياً علينا.

٣- ويشــيــر المكون الثــالث إلى عــدم التناسب بين مطالب الموقف وإمكانات الشــخص بحـيث يجـعل التناقض مــوجــوداً ويزيد من احتمالات استمرار المعاناة النفسية، حيث تستنفذ المطالب إمكاناتنا. وتشــيـر الإمكانات إلى أى شىء يمكن أن يسـاعـدنا على مـواجـهـة المشقة بشكل أكثر كفاءة. ولذا تتعدد هذه الإمكانات من الأسرة إلى الأصدقاء والصحة الجسمية، والصحة النفسية .... إلخ.

٤- وأخيراً يفصح المكون الرابع عن مدى تأثر تقديراتنا للتناقض أثناء تفاعلنا مع البيئـة بأكثر من عامل، بما فى ذلك التاريخ السـابق للموقف الراهن (Ibid, p. 78).

هذا وتنتج المشقة من مصادر متعددة فقد يكون مصدرها الشخص نفسه أو الأسرة أو العمل أو مخاطر البيئة وهو ما أشار إليه سيلياى أيضاً، فقد أشار إلى أن استجابة الاستثارة ذاتها يمكن أن تثيرها مواقف مختلفة، كما أن الموقف الواحد قد يثير استجابات مختلفة، يمكن أن تدرج هذه الاستجابات تحت مفهومين كبيرين هما المشقة السلبيـة[٥] والمشقة الإيجابيـة[٦]، فالمشقة السلبية تشـيـر إلى الاستجابات المدركة المدمرة للاستثارة، بينما تشير المشقة الإيجابية إلى الاستجابات المقبولة أو المفيدة. هذا التمييز لا يشير فقط إلى الأنماط المختلفة من المشقة وإنما يلفت الانتبـاه أيضاً إلى أهمية المتغيرات المعرفية فى إدراك المشقة (Smith, J. H., 1993, p. 44) ومنها التقييم[٧] فتقييم الأحداث كأحداث مثيرة للمشقة عملية معرفية تتضمن:

١- التقييم الأولى[٨]: ويعنى تقدير معنى الموقف بالنسبة لسعادتنا أى هل المطالب مهددة؟

٢- التقييم الثانوى[٩] ويشير إلى تقديرنا لإمكاناتنا المتاحة لمواجهة هذا الموقف (Sarafino, 1990 p. 78) .

وتضيف الوجهة الثالثة من النظر لمفهوم المشقة والتى تصف المشقة كعملية، بعداً مهماً، هو العلاقة بين الإنسان والبيئة بمعناها الشامل حيث تتضمن هذه العملية تفاعلاً بين الشخص والبيئة.

وفى تطبيق هذه الوجهة من النظر على مرضى العته والقائمين برعاية مرضى العته فإن مثيرات المشقة تتضمن شدة الإصابة المعرفية للمريض، ومشكلاته السلوكية، وعجزه عن رعاية نفسه (Haley, W.E., 1987). ويمثل تقييم القائمين بالرعاية ومرضى العته أنفسهم لهذه المثيرات استجابة للمشقة، وإدراكهم لها، والذى من المحتمل أن يؤثر فى مثيرات المشقة السابقة.

وبناء عليه، يمكن تعريف المشقة النفسية للرعاية أو الإصابة بمرض العته باعتبارها «حالة نفسية تنتج من التفاعل بين مريض العته أو القائم برعايته مع أعراض الإصابة بمرض العته بحيث يدرك مريض العته أو القائم برعايته تناقضاً بين متطلبات مرض العته (أعراض المرض) والإمكانات الحيوية والاجتماعية والنفسية التى تساعده على مواجهتها».

وسنحاول أن نعرض فى الجزء التالى لنظرية عملية المشقة المرتبطة بعملية الرعاية، على أن يكون اهتمامنا منصبا أساسا على العرض

التفصيلى للتوجهات النظرية الأساسية بما يمكن من الوقوف على خبرات مهمة فى حياة مرضى العته والقائمين على رعايتهم.

ثانياً: نظرية عملية المشقة المرتبطة بعملية الرعاية

يتعلق منظور عملية المشقة بالتغيرات التى تطرأ على ظروف الحياة المتداخلة التى تؤثر على سعادة الآخرين. وقد قدمه «أنشنسل» Aneshensel وزملاؤه بعد ما يقرب من عامين من البحث الواقعى. ويعد هذا المنظور أيضاً أكبر إطار تحليلى لفهم خبرات القائمين بالرعاية فى كل مرحلة من مراحل المسار المهنى للقائمين بالرعاية.

ويعد مفهوم عملية المشقة النفسية وفقاً لهذا المنظور مفهوما متعدد الأبعاد له ثلاث مكونات هى:

(أ) مثيرات المشقة وهى عبارة عن ظروف صعبة يشعر بها القائمون بالرعاية (مثل: المتطلبات والمعوقات التى تفوق قدرة الشخص على التوافق).

(ب) النواتج التى تشير إلى عواقب مثيرات المشقة. وتتضمن الآثار السلبية على صحة الفرد وسعادته، خاصة الحالات المزاجية والانفعالية[١٠] مثل الاكتئاب، والغضب، والتغيرات السلوكية.

(جـ) أما المكون الثالث فيشير إلى مفهوم المتغيرات المعدلة[١١] وهو يتكون من الإمكانات الاجتماعية والشخصية والمالية التى تعدل أو تنظم العلاقة السببية بين مثيرات المشقة والنواتج أو العواقب الوخيمة (Aneshensel, et al., 1995, p. 16, p.34).

هذا وسينصب اهتمامنا على المكون الأول مثيرات المشقة والمكون الثالث استراتيجيات التعايش معها بصفة أساسية بوصفها أحد مكونات المتغيرات المعدلة المهمة. ولن نتطرق بالعرض أو التحليل للمكون الثانى فى النظرية وهو النواتج.

فلقد عرف «أنشنسل» وزملاؤه مثيرات المشقة على أنها «الحالات، والخبرات، والنشاطات المسببة للمشاكل، والتى تهدد الناس وتحبط جهودهم وتتعبهم وتهاجم أحلامهم». كما ذكر أن مثيرات المشقة تميل إلى أن تنتج مثيرات مشقة أخرى وهو ما سمى بإنتاج المشقة(١٢). فى حالة القائمين بالرعاية، فالمجموعة الأساسية من المشاق(١٣) تسمى مثيرات مشقة أولية وهى المشكلات التى تقع مباشرة عند مرض كبير السن وعجزه وتسببها نشاطات الرعاية بشكل أساسى، أما تلك المشكلات المترتبة على عملية الرعاية ذاتها تسمى مثيرات المشقة الثانوية(١٤) (مثل :المشكلات المالية والعائلية الناتجة عن نشاطات الرعاية) وهى الصعوبات التى تتبع الرعاية ولكنها لا تنتج بشكل مباشر عن الرعاية. هذا ولا يعكس مصطلح أولى أو ثانوى القدرة النسبية لإنتاج العواقب المضرة أو المؤذية فيمكن القول بأن مثيرات المشقة الثانوية قد تكون أكثر قدرة على ذلك من مثيرات المشقة الأولية (Ibid, pp. 35-36, Zarit, et al, 1998, p. 347) .

إن متطلبات الرعاية ينظر لها كمثيرات مشقة أولية ـ وتسمى فى هذه الحالة مثيرات موضوعية ـ عندما تشير إلى المظاهر العينية لاضطرابات المريض والعنصر الأساسى فى هذه الفئة من مثيرات المشقة هو حالة الاضطراب المعرفى التى تسبب حالة من الاعتماد،

والحاجة للمساعدة لدى المريض، بالإضافة إلى الأرجاع التى يقوم بها القائم بالرعاية كى يتعامل مع المريض وكى يحافظ على سعادته.

فمثيرات المشقة الموضوعية تشير إلى ظروف ملموسة وأفعال يقوم بها المريض، مثل المشكلات السلوكية للمريض، وما يقوم به القائم بالرعاية من سلوكيات حيال تلك الأمور كتقديم المساعدة فى أداء نشاطات الحياة اليومية، وضبط السلوك الظاهر الذى يمثل تهديداً للمريض أو الآخرين. وتسمى موضوعية لأنها تتضمن مظاهر يمكن ملاحظتها بشكل مستقل عن تقدير القائمين بالرعاية . إلا أن المتطلبات التى يفرضها العته لا تتطلب استجابات سلوكية فحسب، ولكنها تتسبب فى استجابات معرفية وانفعالية داخلية أيضاً، وتصنف هذه الاستجابات على أنها أولية أيضاً لأنها لا تنفصل عن مجال الرعاية ولكنها تعد ذاتية لأنها تشير إلى استجابات داخلية ومعانى شخصية.

وإذا كانت مثيرات المشقة الأولية تتضمن كم المساعدة التى يعطيها القائم بالرعاية للمريض لإنجاز نشاطات الحياة اليومية (مثل: إدارة الذاكرة، والمشكلات السلوكية والانفعالية التى قد يعانى منها القائمون بالرعاية)، فإن مثيرات المشقة الثانوية تتضمن تحديد إلى أى مدى يؤثر القيام بالرعاية على العلاقات الأسرية أو العمل. أى امتداد تأثير الرعاية إلى مناطق أخرى من حياة القائم بالرعاية. وهى تصنف على أنها مثيرات ثانوية موضوعية إذا كانت لا تنفصل عن مجال الرعاية ولا تشير إلى استجابات داخلية, كالمشقة الاقتصادية والعمل والصراعات العائلية.. إلخ وهى ما نطلق عليه توترات الدور[١٥] أى

الضغوط التى يواجهها القائم بالرعاية فى أدواره الاجتماعية الأخرى. بينما تشير الحالات الذاتية الثانوية إلى التوترات النفسية الداخلية، وتشمل إدراكات الفرد لنفسه فى دور القائم بالرعاية (مثل فقد الذات [١٦] وفقد الكفاءة، وفقد المكتسبات[١٧] (Ibid, p. 347) .

ولا تتمثل المشقة فى الظروف الخارجية فى حياة الفرد فقط، ولكن قد تتمثل فى تفاعل هذه الظروف مع الحالة الداخلية للفرد، كاحتياجاته ورغباته ودوافعه. وهذا المنحى ليس جديداً تماماً علينا فهو يعكس المنحى السائد فى المجال للمشقة . فهو ينظر للمشقة على أنها حالة من الاستثارة وتنتج عن وجود حالات تزيد عن قدرة الفرد على التوافق أو تنتج عن غياب وسائل الفرد لتحقيق أهدافه. ولا تترتب المشقة مباشرة على الحالات الخارجية بل تنشأ عن التناقضات بين الظروف الخارجية وخصال الفرد، ويفسر لنا هذا أسباب اختلاف القائمون بالرعاية فى استجابتهم للمواقف التى تبدو متشابهة. وهكذا تظهر مشقة القيام بالرعاية عندما تتناقض المتطلبات التى تفرضها حالة المريض مع القدرة الذاتية للقائم بالرعاية على الاستجابة لهذه المتطلبات، وتزيد المشقة كلما تزايدت المتطلبات وكلما تناقصت الإمكانات، أو كلما حدث هذان النوعان من التغيرات، ولأن هذه التغيرات قد تحدث كجزء من دورة تطور مرض العته ـ ومنها تزايد شدة العطب المعرفى ـ فإن هذا يدعونا إلى توقع وجود فروق بين القائمين برعاية مرضى العته البسيط معرفياً فى مختلف متطلبات الرعاية، وفى استراتيجيات تعايشهم معها وهو ما ستتناوله الدراسة الراهنة بالبحث.

أما وقد تحدثنا عن متطلبات الرعاية تفصيلاً بوصفها تمثل المكون الأول من مكونات عملية المشقة، ننتقل الآن إلى الحديث عن استراتيجيات التعايش مع مثيرات المشقة الأولية بوصفها تمثل أحد الجوانب المهمة للمكون الأخير من مكونات عملية المشقة وهو المتغيرات المعدلة أو الإمكانات.

فعلى الرغم من أن العته والأعطاب الوظيفية المرتبطة به لا يمكن أن تتوقف أو ترتد، فإن مثيرات المشقة الأولية للرعاية يمكن أن تعالج، على الأقل جزئياً. وتتبدى أهمية ذلك فى أن المشكلات السلوكية تعد محددات كبرى للنواتج السلبية للقيام بالرعاية ومن ثم فإن تقليل تكرار هذه المشكلات بالضرورة تيسر بعض التوترات فى تقديم الرعاية بالمنزل. وتتعدد التدخلات البيئية والسلوكية التى يمكن أن تتعلمها الأسر لتقليل السلوك المشكل. ويهمنا الآن ما طرح حول أساليب الإدارة السلوكية التى تتعلمها الأسرة والتى من المحتمل أن تقلل السلوك المشكل، بدرجة كبيرة. وتتضمن عدة إجراءات تهدف إلى تعديل الأحداث السلوكية التى تؤدى إلى حدوث السلوك المشكل، أو تدعم حدوثه لتخفيض معدل حدوث هذا السلوك، أى أنها تهدف إلى تغيير نمط الاستجابة السلوكية السابقة والمؤدية إلى حدوث السلوك المشكل وكذلك تغيير نمط الاستجابة السلوكية اللاحقة. هذا وسنشير إشارة سريعة فقط لاستراتيجيات تخفيف وطأة مثيرات المشقة الثانوية تمييزاً لها عن استراتيجيات التعايش مع مثيرات المشقة الأولية التى ينصب عليها اهتمامنا، والتى تشمل التدخلات التى تمتد خلف المتطلبات العينية للرعاية وهى التدخلات السلبية للذات (Aneshensel, et al., 1995, pp. 69-70, 315-317).

ويتعامل الطرح السابق مع الاستجابة السلوكية لمثير المشقة على أنها مصدر للتعايش وهو ما قد يبدو للوهلة الأولى أنه يتعارض مع مفهوم الاستجابة السلوكية لمثير المشقة الأولى على أنه مثير أولى موضوعى للمشقة كما سبق أن أشرنا، إلا أننا نرى أن الاستجابة السلوكية لمثيرات المشقة الأولية للرعاية السابقة أو اللاحقة يمكن أن تعد مثيرة للمشقة بوصفها تستنفذ إمكانات الشخص، كما يمكن أن تمثل استراتيجية للتعايش فى الوقت نفسه إذا كانت تسهم الآن، أو من الممكن أن تسهم مستقبلاً فى التعايش مع المثيرات الأولية للرعاية. وينطبق هذا الطرح أيضاً على الاستجابات المعرفية والانفعالية، أى أنه يشمل مثيرات المشقة الموضوعية والذاتية على السواء. وذلك إذا ما وضعنا فى اعتبارنا أن المشقة دائماً مكلفة ومجهدة حتى إذا تمت مواجهتها؛ لأن المواجهة تستنفذ إمكانات الشخص المادية والاجتماعية والشخصية. ولنقدم مثالاً يوضح ذلك، يستنفذ تدريب القائم برعاية مريض العته على الاستقلال عند تناول الطعام كاستراتيجية لمواجهة سلوك الاعتماد لدى المريض جهداً بدنياً ونفسياً كبيراً قد يفوق تقديم المساعدة المباشرة للمريض عند تناوله الطعام.

يترتب على ما سبق أنه إذا أردنا تصميم مقياساً للاستجابات السلوكية لمتطلبات مرض العته الأولية وكذلك للاستجابات المعرفية، والانفعالية الذاتية لمتطلبات مرض العته، يفترض أن تتمتع بنود هذا المقياس بالخصائص التالية:

١- أن يتعلق نظرياً بتعريف وتصنيف كل من مثيرات المشقة الأولية واستراتيجيات التعايش على السواء .

٢- يتوقع أن الدرجة الكلية على هذا المقياس ترتبط بمقاييس مثيرات المشقة الأولية الموضوعية والذاتية المناظرة لها.

٣- يتوقع أن الدرجة الكلية والدرجات على المقاييس الفرعية لهذا المقياس ترتبط بالدرجة على المقاييس الفرعية المناظرة لها من إستراتيجيات التعايش. أى يتوقع على سبيل المثال أن ترتبط إيجابيا بالدرجة على مقياس الاستجابات السلوكية للاضطرابات السلوكية فى مرض العته بالدرجة على مقاييس التعايش السلوكية.

تعقيب

على الرغم من أن «أنشنسل» وزملاءه قد زودونا بهذه النظرية لفهم مشاق القائم بالرعاية بصفة أساسية، وخاصة القائمين برعاية مرضى ألزهيمر دون الأنواع الأخرى من العته، إلا أنه وحسب قولهم على الرغم من أن الظروف الخاصة للبحث تنطبق على القائمين بالرعاية، فإن فحص هذه الفئة الخاصة من الظروف بمزيد من التفصيل، يمكن أن يلقى الضوء أيضاً على عمليات المشقة المزمنة[١٨] بين الناس عامة (Ibid, p. 41, p. 363).

لهذا فإنا نرى ـ وفق هذا الإطار ـ مشروعية المقارنة بين مكونات عملية المشقة والعلاقات بينها وبين بعضها بعضا عند مرضى العته البسيط أنفسهم والقائمين برعايتهم حيث يقعون فى مواقف تؤدى إلى مثيرات مشقة مزمنة، منبع هذه المواقف المثيرة للمشقة هو حالة المريض نفسه التى تفرض متطلبات على المريض كى يساعد نفسه أو يتحكم فى سلوكه. فعلى الرغم من أن قدرات مرضى العته على أن

يغيروا أو ينظموا أفعالهم محدودة فإنه لا ينبغى عليهم أن يكونوا سلبيين حيال مرضهم آملين فى الرعاية المقدمة من أقاربهم فقط.

بناء على العرض السابق يمكننا استنتاج النقاط التالية:

١- إن موقف دراسة مشقة القائم بالرعاية موقف معقد متغير، يشمل مثيرات كل من المشقة الأولية والثانوية والعلاقات بين بعضها بعضا ونواتج هذه المثيرات والإمكانات.

٢- نموذج المشقة الذى يطرحه «أنشنسل» وزملاؤه هنا والخاص بالربط بين تزايد حالة المشقة وتزايد متطلبات الرعاية وتناقص إمكانات القائم بالرعاية عبر دورة تطور مرض العته يثير تساؤلا حول مثيرات المشقة والعلاقات بينها لدى القائمين برعاية مرضى العته ذوى درجات مختلفة من الخلل المعرفى حيث يعد الخلل المعرفى عرض أساسى فى العته حيث يتسبب فى حدوث الاعتماد والحاجة للمساعدة (Ibid, p. 71).

٣- وعلى الرغم من أن متطلبات العته تستثير استجابات معرفية، وانفعالية كاستجابات ذاتية للرعاية، كما سبق وأشرنا، فإن التقييم بصفة خاصة كاستجابة معرفية لمتطلبات العته له أهميته لعمليتى المشقة والتعايش مع الرعاية كأحد مصادر المشقة ـ كما سنتبين ذلك من خلال عرض المنحى التفاعلى للتعايش والتقييم فى ثنايا مناقشتنا لمفهوم التعايش ـ **وينقلنا هذا إلى مناقشة مفهوم الرعاية كأحد مصادر المشقة .**

ثالثاً : مفهوم الرعاية كأحد مصادر المشقة

تشير الرعاية غير الرسمية(١٩) ببساطة إلى النشاطات والخبرات المتضمنة فى تقديم المساعدة للأقارب والأصدقاء غير القادرين على تقديمها لأنفسهم، فبينما تشير الرعاية إلى المكون الوجدانى للالتزام برفاهية(٢٠) آخر، فإن القيام بالرعاية هى التعبير السلوكى عن هذا الالتزام.

ولا تقتصر الرعاية والقيام بالرعاية على العلاقات الحميمة فهى موجودة فى جميع العلاقات حيث يحاول الناس تحسين رفاهية الآخرين (Pearlin, L.I.,et al., 1990).

على الرغم من أن تأثير كثير من الأمراض قد يمتد إلى المرضى وأصدقائهم، فإن التأثير يتضاعف بشكل خاص لدى القائمين برعاية مرضى العته، حيث لا يستطيع المريض أن يمد القائم برعايته بعائد عن الرعاية. وهذا ما ذكره «لفسك» Levesque و «دوشارم» Ducharme و «لاشانس» Lachance (١٩٩٩) حيث وجدوا أن المشقة التى يشعر بها القائمون برعاية مرضى العته أكبر جوهرياً من مشقة رعاية مرضى لديهم أمراض أخرى (Hamilton, I.S.,2000, p. 186) فالقائمون برعاية مرضى العته معرضون أكثر من غيرهم للاكتئاب والاضطرابات العقلية، والتدهور الصحى، والشعور بالتعب المستمر (Cuijpers, P., Hosman, C.M., & Munnichs, J.M., 1996).

على أية حال فمما لاشك فيه أن رعاية مرضى العته تعد من أكثر التحديات التى يواجهها الراشد خاصة عندما يكون القائم بالرعاية فى عمر متقدم (Aneshensel, et al., 1994, p. 306) حيث **يرتبط بمفهوم**

الرعاية عدة قضايا يمكن أن تكون مصدرا لسوء معاملة كبار السن مثل:

- بعض الاعتقادات الخاصة بالقائم بالرعاية مثل : صعوبة قيامه برعاية المسن وأن هناك بعض الأولويات فى الحياة أهم من رعاية المسن ماليًا ونفسيًا .
- الإحباط الناتج عن عدم تحقيق الفرد لأهدافه .
- توقع الفرد القائم بالرعاية للفشل نتيجة لجهله بمتطلبات الرعاية.
- الخلافات الزواجية .
- العزلة الاجتماعية .
- تعدد الأدوار التى يقوم بها القائم بالرعاية وما ينشأ عن صراع بينها .
- عدم وجود بعض مصادر المساندة والدعم من الآخرين .
- حدوث تغير فى كل من بناء العائلة وأدوارها.

ومن ثم فإن كل تلك المتغيرات قد تدفع القائم بالرعاية لسوء معاملة المسن حين يشعر بعجزه عن مواجهة ما يقابله من عوائق وأزمات فيتجه من خلال مشاعر الفشل والتقييم السلبى لذاته والطاقة العدوانية الموجودة بداخله وفقدانه لمصادر المساندة وإحساسه بالعزلة إلى هدف أضعف ـ وهو المسن (عزة عبد الكريم مبروك ٢٠٠٣، ص ٣٨٤).

كما أنه قد تضاءل فى السنوات الأخيرة معدل الشباب الذين يقدمون الرعاية، وبشكل عام، يقدم الرعاية شريك الحياة كبير السن لشريكه، كما وجد أن أكثر من يقدم الرعاية أيضاً البنات[٢١] وزوجات

الأبناء(٢٢) وقد لا يجد بعض المرضى كبار السن من يقدم لهم الرعاية نتيجة لحدوث بعض التغيرات الاجتماعية كتزايد عدد الأسر صغيرة الحجم وتزايد معدلات الطلاق، والمشاركة المتزايدة للنساء فى العمل (Zarit, et al., 1998, P. 346).

هذا وتتعدد تعريفات القائمين برعاية كبار السن وفقاً لأنماط الرعاية التى تقدم، وشدتها، ومدتها، وعلاقة القائم بالرعاية بالشخص الذى تقدم له الرعاية، وخصائص الشخص الذى تقدم له الرعاية مثل العمر، ومستوى العجز(٢٣). فعلى سبيل المثال استخدم كل من «ميللر» Miller و«مكفال» Mcfall (١٩٩١) تعريفاً يقيد نمط الرعاية ويقصره على القائمين بالرعاية الأولية(٢٤) الذين يقدمون مساعدة فى نشاط واحد من نشاطات الحياة اليومية(٢٥). وفى المقابل نجد أن «شارلاش» Scharlach وزملاءه (١٩٩١) يعتمدون تعريفاً حراً لنمط الرعاية، متضمناً تقديم نوع من المساندة قد تكون جسمية، أو مالية، أو وجدانية.

كما ضمنت بعض الدراسات فى عينة القائمين بالرعاية كل من الأقارب والأصدقاء بينما اقتصرت دراسات أخرى على الأقارب فقط، وبينما كان المحك العمرى للشخص الذى تقدم له الرعاية هو من يبلغ ٦٥ أو ٦٠ عاماً، استخدمت بعض الدراسات عمر قدره خمسة و خمسين عاما. وأخيراً فإن اختيار تعريف للرعاية الأسرية يؤثر على تقدير عدد القائمين بالرعاية فى المجتمع، ويعتمد على مشكلة الدراسة والهدف منها(Stone, R., Chase, C., 1991) .

وبناء عليه يمكن تعريف القائم بالرعاية على أنه «الشخص الذى يتحمل الدور الأساسى فى الاعتناء باحتياجات شخص لديه عته . (Morris, R.G., & Morris, L.W., 1993, p. 251).

رابعاً: النماذج والنظريات المرتبطة بمفهوم الرعاية الأسرية

هناك عدة نماذج ونظريات تتعلق بمفهوم الرعاية تسعى إلى تقديم تفسيرات له. وتتنوع هذه النظريات بحيث تشمل كلا من:-

١- نموذج القائم بالرعاية الأسرية كوضع اجتماعى.

٢- نموذج الرعاية كمسار مهنى.

١- نموذج القائم بالرعاية الأسرية كوضع اجتماعى:

تنظر بعض التعريفات إلى القيام بالرعاية الأسرية كنشاط خاص أكثر منه وضع اجتماعى (Pierce, G.R. Sarason, B.R. & Sarason, I., 1996, p.476)، حيث يرى بعض الباحثين أنه بما أن القيام بالرعاية متضمن فى علاقات عادية، فإنه ليس دقيقاً أن نتعامل معه كما لو كان دوراً فى حد ذاته، فالقيام بالرعاية يشير إلى أنواع خاصة من الأدوار المتعارف عليها مثل دور الزوجة أو الزوج أو الأب (Pearlin, et al, 1990).

إلا أننا نرى أن القائم بالرعاية يقابل التعريف العلمى الاجتماعى للوضع الاجتماعى، بشكل خاص عندما ينهض الأفراد بمسئولية أولية لرعاية قريب كبير السن، فالقائم بالرعاية من الأسرة يشغل وضعاً فى المجتمع له توقعات سلوكية ترتبط به، وهى تزويد متلقى الرعاية بكل من المساندة الجسمية والوجدانية أو العاطفية. والأكثر من هذا أن هذه التوقعات غير الرسمية لتقديم المساعدة لها قوانين تحميها فى بعض الدول.

ومن ثم فإن وضع القائم بالرعاية يتضمن انتقالا اجتماعياً حيث إنه مشابه لما يمكن أن يتوقعه الشخص عندما يعتلى وضعا اجتماعياً

جـديداً فى مـرحلة الرشـد كـأن يكون أباً، أو مطلقـاً، أو مـتـقـاعـداً.
والحـدث الـذى يجـعل الشـخص يصل إلى الوضـع الانتـقـالى للقـائم بالرعاية الأسرية غالباً هو بداية مرض شخص قريب له أو خروجه من المستشفى عقب مرض خطير أو إصابة كما فى حالة مرض ألزهيمر (Op. Cit., p. 447).

تعقيب:

١- فى مراجعة مسحية للدراسات التى اهتمت بالأوضاع الانتقالية والمساندة الاجتماعية ـ بالأخذ فى الاعتبار دور القائم بالرعاية كوضع انتقالى - نجد أن اكتساب المكانة أو الوضع الاجتماعى الجديد يؤدى إلى تغيرات فى الشبكات الاجتماعية للأفراد التى تؤثر على كل من المساندة الاجتماعية والراحة النفسية. فعندما يكتسب الناس أوضاعاً جديدة، فإنهم يقللون غالباً العلاقات مع الأقارب الأقل تشابها ويكونون علاقات جديدة مع الآخرين الذين يصبحون أكثر تشابهاً (Pierce, et al., 1996, p. 477).

٢- على أية حال فإنه فى ظل بعض الظروف يتحول القيام بالرعاية من التبادل العادى للمساعدة بين الناس الذين تربطهم علاقات حميمة إلى عبء مزعج غير عادى وغير متساو. فظهور اضطراب خطير ولمدة طويلة مثل مرض ألزهيمر يؤدى إلى اعتماد متزايد على الآخرين للوفاء بالاحتياجات الأساسية.

فمن بين الأدوار الاجتماعية المتعددة يبقى دور القائم بالرعاية لشخص محبوب لديه اضطراب معرفى متزايد أكثر الأدوار المثيرة

للمشقة من بين سياق الأدوار المتعددة للفرد. لذلك فدور القائم بالرعاية الجديد والممتد لديه القدرة على أن يخلق احتكاكات وأعباء فى مناطق أخرى من الحياة. ومن منظور نظرية المشقة فإن مثيرات المشقة الأولية للرعاية خاصة شدة وتغير متطلبات الرعاية قد تتسبب فى فئات من مثيرات المشقة الثانوية، مما يجعل من الصعب على القائم بالرعاية حفظ التوازن بين دوره كقائم بالرعاية والأدوار الأخرى التى يقوم بها كنتيجة لذلك، فإن مثيرات المشقة التى يقابلها القائمون بالرعاية غالباً ما يمتد أثرها خارج نشاطات الرعاية (Anshendel, et al., 1995, pp. 37-38).

٣- ويمثل تعريف المكونات الموضوعية والإدراكية للأدوار الاجتماعية المرتبطة بالنواتج الصحية، وكذلك القياس ألكمى لهذه المكونات تحدياً نظرياً وفنياً أيضاً. فالمشكلات الفنية تعود بشكل كبير للاعتماد على مقياس واحد لمكونات الدور الاجتماعى، وهناك مشكلة أخرى تتمثل فى تحديد تاريخ بداية مثيرات المشقة المرتبطة بالدور والمشقة المدركة حيث إن مصادر مشقة الدور قد تكون مزمنة ولها بداية غامضة (Lepore, S.J., 1995, p. 105)

٤- وعلى الرغم من أن مفهوم الدور الاجتماعى يساعدنا على أن نلقى الضوء على التوقعات السلوكية والاتجاهات التى ترتبط بها ومسئوليات القائم بالرعاية تجاه متلقى الرعاية وأيضاً عبء دور القيام بالرعاية فإنه لا يمدنا بتفاصيل كافية عن بنية نشاطات الرعاية وتغيرها الذى يمدنا بهامنظور الرعاية كمسار مهنى والذى نناقشه فى الجزء التالى:

٢- نموذج الرعاية كمسار مهنى:

قـدم هذا المنظـور «أنشنسـل» وزمـلاؤه، وقـد انبـثق هذا المنظـور من مـلاحظات لعـينة كـبـيـرة من القـائمـين بالرعـاية لأعـضـاء فى الأسـرة يعانون من العته المقيمين فى المنزل، أو قاموا بحجز أقاربهم فى بيوت للرعاية[٢٦] أو قاموا بالاستعانة برعاية إضافية من خلال تيسيرات الرعاية طويلة المدى[٢٧]، أو أصبحوا ثكالى[٢٨] واستأنفوا حياتهم بعد الرعاية (مثل: تقديم مساعدة أكثر للمريض فى أداء نشاطات الحياة اليومية عندما يتطلب الأمر ذلك نتيجة للتدهور المصاحب للمرض).

ويشير «أنشنسل» وزملاؤه إلى أن الرعاية تمر بمراحل متعددة. منها ثلاثة لها أهمية خاصة هى:

١- اكتساب الدور[٢٩]، ويقصد به التعرف على الحاجة للدور وافتراض مسئولياته.

٢- تحديد المهمات والمسئوليات المرتبطة بالرعاية فى المنزل أو خارجه.

٣- التوقف عن تقديم الرعاية، وعادة ما يتبع موت القريب المصاب فهو يتضمن الفقد، والشفاء وإعادة الاندماج الاجتماعى[٣٠].

وتشكل هذه المراحل الثلاث والتحولات من واحدة لأخرى ما عرفه «أنشنسل» وزملاءه على أنه يمثل الرعاية كمسار مهنى (Aneshensel, et al., 1995, pp. 37-38).

ويترتب على الطرح السابق أن ينظر إلى الرعاية، ليس كفئة ثابتة من الظروف، ولكن كسلسلة من الظروف المتغيرة أو الحالات المشكلة التى يواجهها القائمون بالرعاية مبكراً فى دورة العته التى تتطور إلى تحديات واضحة كلما تقدمت الدورة الحتمية وغير المرتدة للعته. وتمثل

كل مرحلة من مراحل الرعاية مصادر مختلفة من المشقة، تتطلب بعض استراتيجيات للتعايش معها، حيث توظف كل مرحلة من مراحل الرعاية مصادر تعايش شخصية، واجتماعية، واقتصادية بعينها بينما توظف اختيارات أخرى فى المراحل التالية. ويلقى منظور الرعاية كمسار مهنى الضوء على مراحل الرعاية، ويلفت الانتباه إلى الأمور المشتركة فى عملية المشقة التى تمتد عبر الوقت، وأيضاً الأمور المتغيرة الكامنة فى عملية المشقة.

ومن التغيرات التى تحدث فى المسار المهنى للقيام بالرعاية ما يتضمن التخلى عن دور معين واكتساب آخر، وذلك عندما يتوقف القائمون بالرعاية عن تقديم الرعاية فى المنزل كقائمين بالرعاية مقيمين ليصبحوا، بدلاً من ذلك، أقارب لشخص محتجز. وفى هذا الصدد يستعير «أنشنسل» من التراكم الفكرى لدورة الحياة[٣١] مصطلح الانتقالات، الذى يشير إلى التحركات التى تتم من دور لآخر. كما تشير إلى تغيرات أخرى بالإضافة إلى التغيرات الانتقالية التحولية، فمن المحتمل أن يشعر القائمون بالرعاية بتغيرات تحدث داخل الدور ذاته.

وعادة ما ينظر لمفهوم المسار المهنى غالباً فى ضوء مجال العمل خاصة عندما يؤدى العمل، خلال منظمات رسمية خلال فترة زمنية طويلة من الحياة. وعليه ففى المقارنة بين المسار المهنى للمهنة[٣٢] والمسار المهنى للرعاية غير الرسمية نجد أن مفهوم المسار المهنى للرعاية يتميز عن المسار المهنى للعمل[٣٣] بعنصر حاسم هو وجود سلسلة من الأدوار المرتبطة يتحرك الأشخاص خلالها فى تتابع مرتب. هذا التتابع مرتب فى درجات من الاحترام والمسئولية والمكافأة.

ولا يتشكل المسار المهنى للرعاية من وظيفة واحدة، ولكن من مجموعة من الوظائف تُشْغَلُ عبر الوقت. أكثر من ذلك، فإن هذه الوظائف ليست كثيرة العدد فقط ولكنها ترتبط ببعضها بعضا بدءاً من الإنجاز التدريجى، واكتساب الخبرة والسيطرة والإدارة، والتعقيد.

ولقد تم استخدام مصطلح المسار المهنى كى يشير إلى كثير من الأدوار، وليس أدوار العمل فقط، مثلما طبقه "أنشنسل" وزملاؤه على الرعاية، وكذلك استخدم المصطلح فى دراسة الوظائف الهامشية[٣٢] أو غير التقليدية (مثل: دراسة السارق المحترف). أيضاً فقد شمل الدراسات التى تفحص دورة المرض، مثل وصف جوفمان Goffman للمسار الأخلاقى للمرضى العقليين. وفى عمل أكثر حداثة طبق هذا المفهوم على إدارة المرض المزمن، كما نطبقه الآن فى دراستنا على المرضى المصابين بمرض العته (Ibid, p. 16).

لا يعد «أنشنسل» وزملاؤه أول من طبق مفهوم المسار المهنى للرعاية. فعلى سبيل المثال يتحدث «برودى» Brody عن المسار المهنى للرعاية بالإشارة إلى القيام بالرعاية لمجموعة من كبار السن المصابين، أى يؤكد الانشغال المتتابع بمتلقى رعاية متعددين. أما من منظور «أنشنسل» وزملائه، فإن المسار المهنى يشير إلى حركة الفرد خلال سلسلة من المراحل المرتبطة عندما يساعد القائم بالرعاية متلقى رعاية واحد. ويتم التحرك تجاه هدف أو نهاية معروفة وهى إنهاء الدور الاجتماعى. أما عن خصائص المسار المهنى للعمل التى تنطبق على الرعاية فهى تطور المسئوليات المرتبطة بالدور عبر الوقت. إذاً فالمسار المهنى للرعاية يشبه العمل فى أنه لا ينشأ سريعاً، وكذلك فهو

ليس مبنياً على تكرار نفس الأفعال، ولكن على إعادة تشكيل النشاطات والمسئوليات، تدريجياً أحياناً وبحدة أحياناً أخرى.

ويوجهنا مفهوم المسار المهنى لحقيقة أن الرعاية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسير الذاتية[٣٥] للرعاية فعلى سبيل المثال، يتأثر المسار المهنى بتاريخ العلاقة بين الأب والطفل. وبذلك فهو يوجهنا ليس فقط لما يحدث حالياً، ولكن أيضاً للأحداث فى الماضى التى تشكل سياق عناصر الرعاية الحالية.

إلا أنه لا يجب النظر إلى الرعاية كوظيفة. فبينما يعرف الناس متى بيدءون وظيفة، فإن الدخول فى الرعاية قد يكون تدريجياً ومباغتاً. كما أن الأشخاص لا يعرفون الوقت الذى تستغرقه مرحلة معينة قبل الانتقال لأخرى، ومن ثم فإن أحد الملامح التى تميز انتقالات الرعاية، هى الطابع غير المحدد للوقت والمدة. كما أن القائم بالرعاية الأسرية يشغل دوراً غير رسمى، معروف فقط فى الأسرة أو داخل الشبكة الاجتماعية[٣٦] يترتب على هذا، أنه يفتقد الحقوق التى ترتبط بالأوضاع الرسمية. كما أن العمل له وجوده المستقل عن الفرد الذى يشغله بينما دور الراعى فى الأسرة يرتبط وجوده بوجود شخص مريض ويستمر فقط ما دعت الضرورة لذلك (Ibid., p. 16,p. 22).

تعقيب:

١- إن هدفنا من ذكر أوجه الشبه والاختلاف بين الرعاية والمسار المهنى للعمل هو أن نلقى الضوء على خصائص خبرة الرعاية، وعلى خاصية التغير عبر الوقت بشكل خاص. فالتغير هو العنصر الأساسى فى الرعاية، ومصطلح المسار المهنى يزيد حساسيتنا

للجوانب المستمرة والمتقطعة للدور كلما مر الوقت. وتأثيره خاصة فى الانتقالات من مرحلة إلى أخرى.

٢- إن تكوين الرعاية كمسار مهنى مفيد لأسباب عديدة سبق ذكرها فى ثنايا عرضنا لنظرية الرعاية كمسار مهنى، لكن لعل أهمها على الإطلاق هو توجيه انتباهنا لأنماط الاختلاف بين مجموعات القائمين بالرعاية، وهو ما يمكن الوقوف عليه من خلال المقارنة بين القائمين برعاية مرضى العته البسيط والقائمين برعاية مرضى العته الشديد حيث تمثل شدة العطب المعرفى للمريض ـ كما نفترض ـ سياقاً للاختلاف بين القائمين بالرعاية فى خبرة المعاناة فى التعامل مع المسنين المصابين بالعته والتعايش مع الأعباء المرتبطة بالقيام بالرعاية. كما يمكن المقارنة بين القائمين برعاية مرضى العته البسيط ومرضى العته البسيط أنفسهم للوقوف على أنماط الاختلاف بينهما فى المسار المهنى للتعايش مع المرض، ذلك أنه يوجد دليل يشير إلى أن مرضى العته يكونون على وعى بصعوباتهم فى بدايات المرض، وخاصة فى النشاطات الخاصة بهم، حتى أنهم يعتقدون أنه بإمكانهم أن يخففوا من العبء الملقى على المحيطين بهم، أو ينكرونها، إلا أن أعضاء الأسرة يبدءون مع تقدم الحالة فى الاهتمام بالمشكلة والبحث عن مساعدة (Wilcock, G.K. et al., 1999, p. 28). ومن ثم فإن النظر إلى الإصابة بمرض العته كمسار مهنى يؤكد الخاصية التطورية لمرض العته؛ فهو مفهوم مناسب لوصف كل من تحرك مرضى العته من وضع إلى آخر وأنماط التغيرات التى يشعرون بها خلال الوضع ذاته.

هوامش الفصل الثانى

(١) Strain

(٢) Stressors

(٣) Demands

(٤) Rsources

(٥) Distress

(٦) Eustress

(٧) Appraisal

(٨) Primary Appraisal

(٩) Secondery appraisal

(١٠) Affective status

(١١) Moderators

(١٢) Strees Profilation

(١٣) Hardships

(١٤) Secondary Stressors

(١٥) Role Strains

(١٦) Loss of self

(١٧) Loss of gains

Chronic Stressors	(١٨)
Informal caring	(١٩)
Welfar	(٢٠)
Daughters	(٢١)
in - low	(٢٢)
Disability	(٢٣)
Primary caregiving	(٢٤)
Activities of daily living	(٢٥)
Nursing Homes	(٢٦)
Long-term care facilities	(٢٧)
Bereaved	(٢٨)
Role aquistion	(٢٩)
Social reintegration	(٣٠)
Life course	(٣١)
Occupational careers	(٣٢)
Work	(٣٣)
Marginal	(٣٤)
Biographies	(٣٥)
Social Network	(٣٦)

الفصل الثالث

التعايش الدينامى مع أعراض العته

مقدمة

أولاً : التعريفات المتنوعة لمفهوم التعايش

ثانيــاً : النظريات المفسرة لمفهوم التعايش

الفصل الثالث

التعايش الدينامى مع أعراض العته

مقدمة :

يكتسب مفهوم التعايش أهمية تطبيقية وعملية كبيرة فى مجال الأمراض المزمنة ومجال الرعاية الصحية حيث نبه بعض الباحثين إلى الدور المهم لاستراتيجيات التعايش كمتغير معدل للعلاقة بين التشخيص بمرض مزمن واحتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية، وحدة التغيرات فى أسلوب الحياة الناتجة عن الإصابة، والقدرة على التوافق مع الأنماط المتعددة للعلاجات التى يخضع لها المرضى. وعلى ذلك سوف نعرض فى هذا الجزء لمجموعة من القضايا أهما الآتى:

١- التعريفات المتنوعة لمفهوم التعايش.

٢- النظريات المفسرة لآثاره ودوره فى حياتنا النفسية الاجتماعية.

وقبل أن نعرض لهذه القضايا نشير إلى أن مفهوم التعايش لم يظهر كمفهوم نفسى حتى عام ١٩٦٧ حيث بدأ استخدامه فى مجلة الملخصات النفسية، ومع ذلك فهناك مؤشرات لاستخدام المفهوم قبل ذلك حيث تم الإشارة إليه تحت أسماء أخرى. فنجد إشارات لهذا

المفهوم فى النموذج النفسى الدينامى لـ «فرويد» Freud ومعاونيه، حيث عرف التعايش على أنه آلية دفاعية(١) تساعد الشخص على التعامل مع الصراعات الجنسية والعدوانية. وقد أكد فرويد دور آليات الدفاع فى تغيير إدراك الظروف المثيرة للمشقة الداخلية. وهو بهذا يكون قد لفت الانتباه إلى دور التقييم فى عملية التعايش كما نفهمه الآن.

كما نجد أن «ألفريد أدلر» Alfred Adler قد أشار إلى دور الآليات الدفاعية فى حماية الذات من المهددات الخارجية وقد أيدت تعريفات الآليات الدفاعية منظور «أدلر» منذ عام ١٩٣٠ حتى ذكرت «أنا فرويد» Anna Froud (١٩٣٦) أن الآلية تحمى الفرد ضد كل من المهددات الداخلية والخارجية معاً.

هذا وتدين دراسات التعايش لأنا فرويد كثيراً. فقد لخصت آليات الدفاع الأصلية لوالدها، كما أضافت إليها آليات أخرى مهمة. بالإضافة إلى ذلك فقد أشارت إلى تفضيلات الأفراد لآليات دفاع معينة دون غيرها وهى وجهة النظر التى تبناها الباحثون فى نهايات القرن العشرين، وعلى الرغم من ذلك، فإننا لا يجب أن نفترض وجود اتفاق بين الباحثين فى علم النفس الدينامى حول تطابق مفهومى آليات الدفاع والتعايش. فعلى سبيل المثال، ذكرت «هان» Hann وجود فروق مهمة بين المفهومين، وتتمثل فى أن آليات الدفاع لها آثار سلبية أكبر مقارنة بآليات التعايش حيث أن الآليات الدفاعية متصلبة، وغير واعية وتشوه الواقع، وفى المقابل نجد أن آليات التعايش مرنة، وواعية، وواقعية. ويتفق مع «هان» عدد من الباحثين مثل «شيلى تايلور» Shelly taylor وزملاؤه، إلا أن «سنيدر» Snyder وزملاءه أكدوا تشابه المفهومين.

إلا أننا يمكننا الجمع بين وجهتى النظر، حيث نرى إن آليات الدفاع قد تكون توافقية أو غير توافقية، وهكذا فإن الآليات التوافقية منها تشبه التعايش. وهكذا ظهر المفهوم العلمى للتعايش فى الثقافة الغربية، ومازالت تتضح معالمه من خلال الجهود النظرية والتجريبية (Snyder, C.R., & Dinoff, B.L., 1999. pp. 6-8) .

كانت هذه هى المرحلة الأولى لتطور مفهوم التعايش، أما المرحلة الثانية الأحدث لتطور المفهوم؛ والتى بدأت فى الستينيات فيمثلها التوجه التفاعلى للتعايش والتقييم للازاروس وزملائه (Ibid, p. 12) والتى سنتناولها تفصيلاً عند عرض الأطر النظرية للتعايش.

أولاً: التعريفات المتنوعة لمفهوم التعايش

تنوعت التعريفات النفسية لمفهوم التعايش بتنوع زوايا النظر له، ورغم تعدد هذه التعريفات، نجدها تدور حول محور أساسى، وهو أن مفهوم التعايش فى الغالب يصف عملية التخلص من مصدر المشقة أو تخفيف وتقليل المشقة التى يواجهها الفرد بكل أنواعها، ويمكن تصنيف هذه التعريفات التى قدمها الباحثون لمفهوم التعايش إلى عدة فئات هى:

(أ) تعريفات تتعامل معه كاستراتيجية.

(ب) تعريفات تتعامل معه كأسلوب.

(جـ) تعريفات تتعامل معه كاستجابة.

(د) تعريفات تتعامل معه كمجهود.

(هـ) تعريفات تتعامل معه كعملية.

(و) تعريفات تتعامل معه كمحاولة

وسنعرض الآن بعض الأمثلة لكل فئة من الفئات الست السابقة.

(أ) التعايش بوصفه استراتيجية:

ومن هذه التعريفات نجد تعريف «لويس» Lois (١٩٦٢) بأن مفهوم التعايش هو «الاستراتيجيات التى يتبناها الفرد لمعالجة التهديد»، وبالمثل نجد «الدوين» وآخرين (١٩٨٧) يشير إلى مفهوم التعايش بأنه «الاستراتيجيات المستخدمة لمعالجة المشكلات الفعلية أو المتوقعة، وما ينتج عنها من انفعالات سلبية» (هناء أحمد شويخ، ٢٠٠٤، ص٣٤).

(ب) التعايش بوصفه أسلوبا:

يعرف «موس» Moos وآخرون (١٩٩٣) هذا المفهوم بأنه «الأساليب التى يستخدمها الفرد بوعى ويوظفها فى التعامل الإيجابى مع مصدر القلق أو الحدث المثير للمشقة النفسية أو الحدث الصدمى» (محمد نجيب الصبوة، (٢٠٠٠) ، كذلك عرف «تيلور» وآخرون (١٩٩٣) مفهوم التعايش بأنه «الأساليب التى يستجيب بها الفرد للأحداث المثيرة للمشقة» (Hobfoll, S.E., 1998, p. 128).

(جـ) التعايش بوصفه استجابة:

يعرف «هوبفول» (١٩٩٨) مفهوم التعايش بأنه «الاستجابات التى يوظفها الفرد لغرض تقليل الضغوط الصادرة من مصادر المشقة» (Ibid, P.120).

(د) التعايش بوصفه مجهوداً:

ويقدم «لازاروس» Lazarus و «فولكمان» Folkman تعريفا للتعايش ويشير إلى أنه تغير معرفى وسلوكى مستمر وجهود مزاجية لإدارة المتطلبات التى تقيم على أنها تزيد عن الإمكانات أو تجهدها (Derogatis, L.R., 1993, p. 204).

(هـ) التعايش بوصفه عملية:

يشير «سارافينو» إلى مفهوم التعايش بأنه «العملية التى من خلالها يسعى الفرد إلى إدارة التشتيت المدرك بين كل من مطالبه ومصادره فى موقف المشقة النفسية» (Sarafino, E.P., 1998, p. 145).

(و) التعايش بوصفه محاولات:

على سبيل المثال ينظر «إندلر» Endler وآخرون (١٩٩٨) للتعايش بأنه «المحاولات التى يقوم بها الفرد لتغيير العوامل الخارجية والداخلية للمشقة النفسية أو لتنظيمها، وقد تكون هذه المحاولات متوافقة أو غير متوافقة» (شويخ، ٢٠٠٤، ص٣٦).

وبعد استعراض هذه التعريفات، نلاحظ:

أنه على الرغم من استخدام الباحثين لمفهوم التعايش بمعان متعددة، فيستخدمه بعض الباحثين بأنه استراتيجيات، ويوظفه بعضهم الآخر على أنه أساليب، ويعرفه بعضهم الثالث بأنه عملية.. إلخ، إلا أن جميع الباحثين يؤكدون أن الغرض والهدف من التعايش هو التخلص من المشقة، أو خفض الانفعالات الناتجة عنها.

ويعرف «لازاروس» Lazarus و «فولكمان» Folkman التعايش تعريفاً يرتبط بتعريف المشقة من خلال الوجهة الثالثة من النظر التى سبق أن أشرنا إليها ويشير إلى «أنه تغير معرفى وسلوكى مستمر وجهود مزاجية لإدارة المتطلبات التى تقيم على أنها تزيد عن الإمكانات أو تجهد الإمكانات (Derogatis, L.R., 1993, p. 204). وتعتبر الإمكانات فى مقابل الأعطاب متغيرين رئيسيين ، يجب التفرقة بين دور كل منهما فى عملية التعايش، فعلى حين تسهم الإمكانات فى التعايش، تعوق الأعطاب عملية التعايش (Smith,1993,p.75). كما ينبغى أيضاً التفرقة بين إمكانات التعايش وكل من أساليب وجهود التعايش. فعلى حين تشير إمكانات التعايش إلى الاتجاهات والمهارات العامة التى يمكن أن تفيد الفرد فى مواجهة المشقة (مثل: الاعتقاد فى التمكن والسيطرة على حدث المشقة، والمهارات العقلية، ومهارات الاتصال مع الآخرين) فإن أساليب التعايش تمثل خططاً عامة للتعايش. وتعرف بأنها تفضيلات مألوفة من قبل الفرد لطرق التعامل مع المشكلات (مثل: الاقتراب من المشكلة مقابل الانسحاب بعيداً عنها أو تجنبها). أما جهود التعايش فتعنى تلك النشاطات النوعية التى يقوم بأدائها الفرد فى مواقف محددة بهدف تخفيض المشقة المرتبطة بموقف معين (مثل: التعبير عن الانفعالات أو كفها، والبدء فى أداء نشاطات جديدة).

والمتتبع للإنتاج الفكرى النفسى يلاحظ أن الاختبارات النفسية المتاحة لتقدير أساليب التعايش مع مواقف المشقة تتباين فيما بينها على نحو واضح ، من حيث عدد وطبيعة الأساليب التى يشتمل عليها كل اختبار، مما أحدث تضارباً فى طرق تقدير التعايش ، وعدم اتساق

فى النتـائج التى تكشف عنهـا مثل هذه الاختبـارات النفسـية (مـايسـة محمد شكرى، ١٩٩٩، ص ٥٥٩).

ويؤكد بعض البـاحثين ضـرورة الاهتمـام بوظائف التعـايش[٢]. إذ أن ذلك من شـأنه تخفيض عـدد هذه الأسـاليب النوعيـة وتحديدها فى فئات. وفقاً لما تقيسه من وظائف، على نحو يسهل التعامل معها ويفسر نتـائجهـا بشكل دقيق، مع الأخـذ فى الاعـتبـار أن كلاً من مفـهـومى «الأساليب» و «الوظائف» لهما القدر نفسـه من الأهمية لدى البـاحثين. فـدراسـة الأسـاليب تفـصح عن الوصف البنائى للتـعـايش، بما يعنى توضيح المكونات الأساسية لعملية التعايش والعلاقة بين تلك المكونات وبعـضهـا بعـضًـا. وفى الجـانب المقـابل يكون الوصف الوظيـفى وهو مـحاولة لتفسـير اعتقاد الفرد فى طبيعة ونوع الإنجاز الذى يمكن أن يتحقق له نتيجة لاستخدام أسلوب أو طريقة معينة لمواجهة المشقة (المرجع السابق، ص ٥٦).

ثانياً : النظريات المفسرة لمفهوم التعايش

١- المنحى التفاعلى للتعايش والتقييم:

لقد زودنا منظروا هذا المنحى بإطار لفهم كيف يتعايش الأفراد مع المشقة بشكل عام ومع المهددات الصحية بشكل خاص، حيث فى الفترة من عام ١٩٦٠ إلى عام ١٩٨٠ أصبح تقييم الحدث كحدث مثير للمشقة متغير أساسى لفهم جهود التعايش والنواتج وبدأ الباحثون يستخدمون مصطلح التعايش فى العلوم النفسية والعلوم الاجتماعية والطبية.

إن كثيراً من منظرى هذا المنحى التفاعلى أكدوا وجود منحى تفاعلى حقيقى بين منبهات المشقة واستجاباتنا لها فالخصال الإدراكية

والمعرفية والنفسية للفرد تتفاعل مع خصائص متطلبات البيئة تفاعل المصاحبات أحيانًا وتفاعل السبب بالنتيجة أحياناً أخرى، ومن ثم تتسبب فى حدوث التغير بشكل مستمر. وبالنسبة لهؤلاء المنظرين، نجد أن العلاقة المستمرة الإيجابية بين الوسائل التوافقية للفرد (كالتعايش والمواجهة والصلابة النفسية والصبر والمثابرة.. إلخ) وخصائص التنبيه تحتل موقعاً مركزياً فى تعريف المشقة.

ويعد نموذج «لازاروس» أفضل نموذج معروف بين هذه النماذج التفاعلية (Stanton, Franz, 1999, p. 91). وفى تعريف لازاروس للتعايش وجه الانتباه تجاه عملية التقييم النشط وتجاهل التأكيد السابق على السمات، كما ركز على المحددات الموقفية بوضع مفهوم للتعايش كتفاعل معرفى[٣] بين الفرد والبيئة. وقد عرف لازاروس وفولكمان التعايش على أنه تغير معرفى وسلوكى مستمر وجهود وجدانية لإدارة المتطلبات التى تقيم على أنها تزيد عن الإمكانات أو تجهد الإمكانات.

والشىء الجوهرى الذى يجب أن نلتفت له فى هذا التعريف هو النظر للتعايش على أنه عملية وليس سمة وأنه تفاعلى ودينامى، هذا بالإضافة إلى أنه قد فصله عن النواتج المترتبة عليه إلا أننا لا نتفق مع الطرح الخاص بفصل مفهوم التعايش عن الناتج فى ضوء هذا التعريف ، فإذا كان التعايش يشير إلى تغير مستمر فى أنظمة الفرد المعرفية والوجدانية والسلوكية لإدارة المتطلبات التى تزيد عن إمكانات الفرد وتجهدها فإن هذا التغير فى حد ذاته يعد ناتجاً من نواتج المشقة.

ونجد أن الشىء الأساسى فى منحى لازاروس لفهم التعايش هو التقييم الذى يحدث عندما يواجه الفرد المواقف التى يفسرها على أنها ترتبط بالإمكانات بشكل كبير. وفى النموذج المفصل الذى قدمه «لازاروس وفولكمان» (١٩٨٤) يستخدم الشخص مستويين من التقييمات فى اختيار استجابات التعايش هما: التقييم الأولى ويتضمن حكم الناس على المطالب المتضمنة فى الموقف المثير للمشقة، بينما يتضمن التقييم الثانوى معتقدات الناس عن الاختيارات المتاحة للتعايش. ويختص بقدرات الفرد للتعامل مع الموقف. ويشمل التقييم الأولى ثلاثة أنماط من التقييمات هى : غير متعلق[٤]، وإيجابى[٥]، ومثير للمشقة[٦]. وفى هذه الفئة الأخيرة ، يوجد على الأقل ثلاثة أنماط من التقييمات هى: التهديد[٧]، والتحدى[٨]، وأذى[٩] أو فقدان[١٠] (Ibid, p. 294, p. 404, Monroe, S.M., & Kelley, J.m., 1995, p. 125).

هذا وتوجد عملية تفاعلية عبر الوقت تعود فيها التقييمات الثانوية بعائد على التقييمات الأولية، مما يجعل عملية التقييم تنظم وتعدل درجة المشقة. فقد ورد فى التعريف الرسمى للنموذج التفاعلى للمشقة «للازاروس وفولكمان» (١٩٨٤) أن المشقة هى علاقة خاصة بين الشخص والبيئة، يقيمها الشخص على أنها تفوق إمكانياته وتهدد سعادته.

ومما هو جدير بالذكر أن مفهوم التعايش أيضاً يتداخل مع التقييم، فبينما يتأثر التقييم الثانوى بإدراك الشخص لقدرته على التعايش مع الحدث فى أى وقت، فإن نشاطات التعايش الحقيقية وكفاءتها تؤدى

دوراً عبر الوقت فى عملية التقييم. ويرى لازاروس أنه بالرغم من ذلك يبقى مهماً أن نحتفظ بمفهوم التعايش منفصلاً عن مفهوم التقييم عند القياس(Withington, et al, 1995, p. 69, Monroe, & Kelley, 1995, p.125).

وهكذا نتبين أهمية التقييم لفهم عمليتى المشقة والتعايش معها أو التصدى لها، وهذا ما سنحاول أن نوضحه من خلال مناقشة **وظائف التعايش لدى لازاروس وفولكمان**.

يشير «لازاروس وفولكمان» إلى طريقتين أساسيتين للتعايش مع المشقة تشيران إلى وظيفتين مختلفتين هما:

١- التعايش الموجه لحل المشكلة [١١].

٢- التعايش الموجه للانفعال [١٢].

فالتعايش الموجه لحل المشكلة: يتضمن جهوداً موجهة للتحكم فى مثيرات المشقة وذلك بتغيير مصادر المشقة (مثل تعلم مهارات جديدة، وإزالة المعوقات، وإنتاج حلول بديلة). وهو يؤدى إلى تغيرات فى العلاقة بين الشخص والبيئة من خلال أفعال مباشرة فى البيئة. أو من خلال تغيير دورنا فى هذه العلاقة، فإذا كنا لا نستطيع أن نغير علاقتنا المزعجة مع البيئة، فإنه يمكننا أن نتحكم إلى حد ما فى الظروف المسئولة عن الانفعالات السلبية لها.

أما استراتيجيات التعايش الموجهة للانفعال: فتمثل محاولات لإدارة الاستجابات الانفعالية لمثيرات المشقة (مثل التفكير التفاؤلى[١٣] والبحث عن المساندة الوجدانية، والمقارنة الاجتماعية مما يؤدى إلى

تغيير ذاتى (ليس حقيقياً) فى العلاقة بين الشخص والبيئة حيث يقل الكرب الانفعالى، أو تزيد الحالات الوجدانية الإيجابية كالارتياح(١٤) والشعور بالود(١٥) (Derogatis, 1993, p. 35, Synder, Dinoff, 1999, p. 1)

هذا وتوجد عمليتان أساسيتان فى التغيير الذاتى الناتج عن التعايش الموجه للانفعال.

العملية الأولى: وتتمثل فى أن الانتباه يتحول من المشكلة إلى الاستغراق فى النوم مثلاً، إلا أن الشخص قد يصعب عليه هذا حتى إذا استغرق فى النوم فعلاً، فقد يستيقظ ويجد نفسه يفكر فى المشكلة.

العملية الأساسية الثانية: وتتمثل فى بذل الجهد لتغيير المعنى الشخصى للعلاقة بين الشخص والبيئة التى تتسب فى انفعالات الكرب كالغضب، والقلق، والشعور بالذنب، والخجل، والغيرة والاشمئزاز (Op. Cit, p. 35).

وهكذا نتبين أن وظائف التعايش لدى لازاروس لاحتواء عملية المشقة تتمركز حول تعديل تقييم الشخص للبيئة سواء أكان هذا التعديل ناتجاً عن تعديل حقيقى للبيئة أم كان تعديلاً ذاتياً للشخص.

ومن ثم فإنه وفقاً لهذا النموذج، فإن فائدة استخدام استراتيجية تعايش خاصة تعتمد على الفرد ومتطلبات الموقف. فاستراتيجيات التعايش غير المتسقة مع قيم الشخص من المحتمل أن تستخدم بدون اقتناع ومن المحتمل أن تفشل (Snyder, & Dinoff, 1999, pp.).

تعقيب:

١- يأخذ منظور «لازاروس وفولكمان» للتعايش بعين الاعتبار كلاً من التقييم والتعايش، وتتفاعل فيه كل من المشقة والتعايش. وبالتالى فهو يزودنا بفهم ثرى لمشكلة الرعاية على النقيض من المناحى التى ترتكز على المنبه فقط، أو التى ترتكز على الاستثارة فقط، أو المناحى المعرفية فى تعريف المشقة والانفعال والتى لا تعطينا صورة كاملة للمشكلة (Smith, J.C., 1993., p. 72) .

٢- نظرا لصعوبات القياس وفقاً للنموذج السابق، حيث تتفاعل متغيرات المشقة والتعايش بشكل دائم -كما أشار إلى هذا «ديروجاتس» Derogatis و«كونس» Coons ـ فقد أظهر باحثو المناحى التفاعلية حديثاً، اهتمامًا كبيرًا بتكوين مناهج قياس مبتكرة تتسق مع التصميمات البحثية التى عرفها «لازاروس» (١٨٩١)، منها ضرورة اتخاذ إطار زمنى ثابت لقياس متغيرات الدراسة والعلاقات بينها (Monroe, & Kelley, 1995, p. 125, Derogatis, 1993, p. 204) وقد راعت الباحثة ذلك حيث حددت الفترة الزمنية التى يقاس خلالها متغيرات الدراسة ـ وهى الشهر السابق على تقدير المبحوثين ـ فى دراستنا الراهنة.

٣- يأخذ منظور «لازاروس وفولكمان» للتعايش بعين الاعتبار كلاً من التقييم والتعايش، وتتفاعل فيه كل من المشقة والتعايش. وبالتالى فهو يزودنا بفهم ثرى لمشكلة الرعاية على النقيض من المناحى التى ترتكز على المنبه فقط، أو التى ترتكز على الاستثارة فقط، أو

المناحى المعرفية فى تعريف المشقة والانفعال والتى لا تعطينا صورة كاملة للمشكلة (Smith J.C., 1993., p. 72).

٤- يثير مفهوم التقييم ـ كما طرحه «لازاروس وفولكمان» ـ مشكلات عديدة منها مشكلة هل التقييم هو إدراك بلا وعى أم أنه يشترط فيه الوعى؟ أيضاً، مشكلة الفصل بين التقييم والتعايش، وأخيراً هل يمكن أن تحدث المشقة دون تقييم معرفى للأحداث؟ ونعرض لتلك المشكلات على النحو التالى:

(أ) أكد «لازاروس» بوضوح أن التقييم لايعنى بالضرورة الوعى بمثير المشقة فقط، فقد أشار إلى أن الاستجابة للمنبه المهدد يكمن خلفها المعتقدات، والتوقعات، والإدراكات والدوافع أيضاً (Moos, G.E., 1982, p. 43) إذاً فالتقييم هو إدراك يشترط فيه الوعى بمثير المشقة كشرط ضرورى لكنه غير كافى.

(ب) أما بخصوص المشكلة الثانية المتعلقة بفصل التقييم عن التعايش، فإننا نتفق معه فى ضرورة الفصل بين التقييم والتعايش عند القياس ويرجع ذلك الفصل إلى اختلاف العمليات المتضمنة فى كلا المفهومين. فالتقييم يتمثل فى الحكم على مثير المشقة وعلى اختيارات التعايش بينما يتمثل التعايش فى إدارة المتطلبات التى تقيم على أنها تزيد عن الإمكانات. وإن كنا نؤكد أن الفصل بين المفهومين فى القياس لا يدل على فصل زمنى بينهما، فقد يحدث التقييم والتعايش فى وقت متآنى أو بفاصل زمنى قصير جداً لا يكاد يدركه الشخص. حيث يتداخل المفهومين زمنياً فى إطار نموذج المشقة والتعايش المتغير دائماً.

(جـ) مشكلة أخرى يثيرها النموذج وهى هل التعايش عملية واعية أم لا؟، فعلى الرغم من أن بعض الباحثين يفترض أن الاستجابات يجب أن تكون واعية حتى توصف بأنها تعايش، يرى باحثون آخرون أن هذا الوصف يبدو قيداً ، فكثيراً ما نجد استجابة متكررة لمثير مشقة نفقد وعينا بأدائها. ويمكن أن يفسر قصر الفاصل الزمنى بين عمليتى التقييم والتعايش جزئياً تلك المشكلة، فأغلب استجابات التعايش لدينا تقع ضمن نطاق وعينا (Snyder, & Dinoff, 1999, p.5.).

وأخيراً ، فإن نظرية «لازاروس» مثيرة للجدل ، وبها كثير من النقاط المفيدة، خاصة تأكيده على مركزية التقييمات فى تحديد أى المواقف تنتج المشقة. وننتقل الآن إلى عرض النظام التصنيفى لاستجابات التعايش.

٢-النظام التصنيفى لاستجابات التعايش:

أما فيما يتعلق بتصنيف استجابات التعايش، نجد أن أساليب التعايش[١٦] تعد أساليب عامة أى لا ترتبط بموقف معين، أما استراتيجيات التعايش فهى سلوكات نوعية ترتبط بموقف معين، وعلى الرغم من أنه لا توجد طريقة وحيدة لتصنيف سلوكات أو عمليات التعايش فإن أغلب الباحثين قد استخدموا أحد المنحيين الرئيسين التاليين لتصنيف استراتيجيات التعايش :

المنحى الأول: ويركز على عملية التعايش ذاتها والتى يقصد بها توجه الشخص ونشاطه فى الاستجابة لمثير المشقة، فالشخص إما أن

يواجه المشكلة ويقوم بجهود نشطة لحلها أو يحاول أن يتجنب المشكلة ويركز بشكل أساسى على إدارة الانفعالات المرتبطة بها.

أما المنحى الثانى: فيهتم بطرق التعايش التى يوظفها الناس، سواء أكانت معرفية أم سلوكية بشكل أساسى (Moos, R.H., & Scheafer, J.A., 1993, p. 243).

وقد قام كل من «موس وشيفر» Schaefer بالجمع بين هذين المنحيين لتكوين صيغة لعمليات التعايش تكون أكثر تكاملاً، فقد أخذا فى اعتبارهما توجه الفرد تجاه مثير المشقة وفصلا استراتيجيات التعايش إلى استراتيجيات اقتراب وتجنب، وكل من هذين المجالين ينقسم إلى فئات تعكس كلاً من التعايش المعرفى أو السلوكى. ووفقاً لذلك، فقد اقترحا أربعة أنماط أساسية لعمليات التعايش: وهى المنحى المعرفى(١٧) والمنحى السلوكى(١٨) والتجنب المعرفى(١٩) والتجنب السلوكى(٢٠).

ويتضمن التعايش من خلال **المنحى المعرفى** كلاً من التحليل المنطقى وإعادة التقييم الايجابى، كما تتضمن عمليات التعايش هذه الانتباه إلى جانب واحد من الموقف، والاعتماد على الخبرات السابقة، والتسميع العقلى(٢١) الفعلى للأفعال البديلة وعواقبها المحتملة، وقبول حقيقة الموقف ولكن بإعادة تشكيله للوصول إلى الهدف المرغوب. أما التعايش من خلال الاقتراب السلوكى، فيتضمن البحث عن الإرشاد والمساندة(٢٢) وتبنى فعل عيانى(٢٣) للتعامل المباشر مع الموقف أو آثاره.

ويتكون التعايش **بالتجنب المعرفى** من الاستجابات التى تهدف إلى الإنكار أو التقليل من خطورة الأزمة أو عواقبها، وكذلك قبول الموقف

كما هو، وتقرير أن الظروف الأساسية لا يمكن أن تغيرها. ويغطى التعايش **بالتجنب السلوكى** البحث عن مكافآت بديلة ، كما يعنى محاولة إحلال المفقودات المتضمنة فى أزمات معينة بأن تصبح متضمنة فى نشاطات بديلة، وتنمية مصادر بديلة للرضا. كما يتضمن الإفصاح[٢٤] عن مشاعر الغضب والإحباط التى قد تقلل التوتر بشكل وقتى، مثل الاندفاعية فى التصرفات ، والشراهة فى الأكل وتناول المهدئات (Ibid, p. 243).

ويرى «موس» أنه على الرغم من أن النتائج الواقعية تشير إلى صدق النظام التصنيفى لتنظيم استجابات التعايش، فإن هذا النظام يحتاج إلى مزيد من التطوير. فعلى سبيل المثال، يوجد قدر من التداخل بين فئات الاقتراب والتجنب، فالتحليل المنطقى مصنف كاستجابة اقتراب، ولكن الاعتماد المفرط[٢٥] على التفكير فى المشكلة قد يحول دون وصول الأفعال لحل المشكلة. بهذا، يمكن استخدام التحليل المنطقى كاستراتيجية تجنب (Moos, R.H., 1988, p.33). وننتقل الآن إلى عرض نموذج «موس» لمحددات استجابات التعايش[٢٦].

٣- نموذج محددات استجابات التعايش:

قدم هذا النموذج «موس» Moos (١٩٨٨) مؤكداً أن كلاً من الخصائص الخاصة لأزمة جوهرية فى الحياة أو انتقال[٢٧] (مثل نمطها وشدتها)، وتقييم الفرد للموقف يزودنا بسياق لاختيار استجابات تعايش خاصة. وأيضاً المتغيرات ديموجرافية ومتغيرات الشخصية ومتغيرات البيئة الخارجية (مثل: مثيرات المشقة الحياتية والإمكانات الاجتماعية) تؤثر على اختيار استجابات التعايش (Ibid, p. 19).

فبالنسبة للمتغيرات الديموجرافية ومتغيرات الشخصية :

(أ) **النوع والعمر:** ذكر بعض الباحثين وجود فروق بين الجنسين فى التعايش ،حيث وجد «موس وشيفر» Schaefer أن الإناث مقارنة بالذكور، يعتمدن على كل من تعايش الاقتراب والتجنب بدرجة أكبر، وقد تعكس هذه النتائج جزئيا حقيقة أن الإناث يواجهن مثيرات مشقة موضوعية وذاتية أكثر.

كما وجد أيضا ارتباطا بين العمر واستجابات التعايش، فقد وجد «فولكمان» وزملاؤه (١٩٨٧) أن كبار السن يعتمدون بدرجة أكبر على الاقتراب المعرفى والتجنب، وبدرجة أقل على عمليات الاقتراب السلوكى (مثل: البحث عن مساندة اجتماعية، وحل المشكلات). وقد ذكر بعض الباحثين أيضا أن كبار السن لا يعتمدون على التعبير الانفعالى أو الاستعانة بالآخرين للتخلص من الإحباطات التى تواجههم.

كما ذكر «فيفل» Feifel و «ستراك» Strack أن كبار السن يفضلون استخدام الاستسلام[٢٨] أكثر من التجنب ـ مقارنة بالراشدين ـ وأن ذلك قد يرجع إلى وجود فروق عمرية فى مثيرات المشقة المركزية، حيث يعنى كبار السن بالمشكلات الصحية بينما يعنى الراشدون بمشكلات العمل (Moos, & Scheafer, 1993, p. 243) .

(ب) **عوامل الشخصية** : وجد «موس وشيفر» أن الأشخاص الواثقين من أنفسهم يعتمدون على المواجهة أكثر من التجنب، وبشكل عام فإن مصادر التعايش الشخصية مثل، كفاءة الذات ومصدر الضبط الداخلى ترتبط بالاعتماد على المواجهة كاستراتيجية للتعايش.

كما حصل باحثون آخرون على ارتباطات مماثلة بين متغيرات الشخصية والتعايش، حيث ذكر «فيفل و ستراك وناجى (١٩٨٧) أن الذكور الأكثر تنافسية والانبساطيين والواثقين من أنفسهم يعتمدون بدرجة أكبر على المواجهة وبدرجة أقل على القبول[٢٩]، وبينما الذكور الأكثر اندفاعية على التجنب والقبول. وقد ذكر عدد كبير من الباحثين أن العصابية ترتبط باستخدام التعايش التجنبى بدرجة أكبر.

السياق الاجتماعى للتعايش :

بحثت عدة دراسات تأثير الأسرة ومصادر العمل لدى الفرد على تيسير استخدام التعايش الإيجابى. وقد وجد أن الأفراد الذين لديهم مصادر اجتماعية أكثر- خاصة من الأسرة والأصدقاء - يعتمدون بدرجة أكبر على عمليات الاقتراب ، وذلك لأن المساندة الاجتماعية تزيد استخدام التعايش الكفء ،حيث وجد «فيفل و ستراك وناجى» (١٩٨٧) أن الذكور الذين يتمتعون بدرجة كبيرة من المساندة الاجتماعية يعتمدون على المواجهة[٣٠] بدرجة أكبر من الاعتماد على القبول والاستسلام فى التعايش مع الإصابة بمرض طبى خطير.

أما فيما يتعلق بمصادر العمل والتعايش؛ فقد ذكر «كوهن» Kohen و «سكولر» Schooler (١٩٨٣) أن خبرات العمل يمكن أن تؤثر على قيم الفرد و استراتيجيات التعايش التى يستخدمها ، فهى ترتبط باستخدام التعايش الإيجابى و ذلك لأنها تكسب الفرد خبرات فى التعايش يمكن تعميمها فى إدارة مواقف خارج سياق العمل.

التفاعل بين الشخصية والعوامل الاجتماعية :

تتأثر عمليات التعايش بكل من العوامل الشخصية والموقفية، بشكل عام، إلا أن أهمية كل منهما قد تتباين عبر الأفراد والمواقف. حيث وجد «فيفل و ستراك» (١٩٨٩) أن الذكور الراشدين اعتمدوا على حل المشكلات بدرجة أكبر من الاعتماد على التجنب والاستسلام فى إدارة الإحباط والمواقف التنافسية بينما اعتمدوا على التعايش التجنبى فى المواقف التى تتطلب اتخاذ قرار وذلك مقارنة بكبار السن. وتشير هذه النتائج إلى أن كل من عوامل الشخصية ونمط مثير المشقة يؤثر على استراتيجيات التعايش المستخدمة (Ibid, p. 243).

هوامش الفصل الثالث

(١) Defense mechanism

(٢) Coping functions

(٣) Cognitive transactional

(٤) Irrelevant

(٥) Benign positive

(٦) Stressful

(٧) Threat

(٨) Challange

(٩) Harm

(١٠) Loss

(١١) Problem focused coping

(١٢) Problem focused coping

(١٣) Wished thinking

(١٤) Relief

(١٥) Affection

(١٦) Coping styles

(١٧) Approach - Cognitive

Approach - behavioral	(١٨)
Avoidance - cognitive	(١٩)
Avoidance behavioral	(٢٠)
Mentally rehearsing	(٢١)
Seeking guidance and support	(٢٢)
Taping concrete action	(٢٣)
Venting	(٢٤)
Overrelience	(٢٥)
The determinants of coping Responses Model	(٢٦)
Transition	(٢٧)
Resignation	(٢٨)
Acceptance	(٢٩)
Confrontation	(٣٠)

الفصل الرابع

دراسات تقييم المشقة والتعايش فى مرض العته عبر ثقافات مختلفة

مقدمة

أولاً : الدراسات التى اهتمت بالخبرة الذاتية لمرضى العته فى المشقة واستراتيجيات تعايشهم معها.

ثانياً : الدراسات التى ألقت الضوء على مصادر المشقة النفسية لدى القائمين برعاية مرضى العته واستراتيجيات تعايشهم معها.

ثالثاً : الدراسات التى راعت خصوصية مثيرات المشقة والتعايش معها لدى القائمين بالرعاية.

رابعاً : فروض الدراسة.

الفصل الرابع

دراسات تقييم المشقة والتعايش فى مرض العته عبر ثقافات مختلفة

مقدمة :

بمسح الإنتاج النفسى السابق فى مجال المشقة والتعايش مع الرعاية نجد أن هذه الدراسات تركز على القائم بالرعاية دون الرجوع إلى متلقى الرعاية، وخبراتهم الذاتية فى المشقة والتعايش حيث اكتفت هذه الدراسات بوصف خصائص متلقى الرعاية كالنوع، والعمر، والوضع الاجتماعى، والاقتصادى، والوضع الزواجى، والوضع الصحى كما أشار «هورويتز» Horowitz (١٩٨٥) (Barer, B.M., & Johnson, C.I., 1990)

أما الاهتمام بدراسة مصادر المشقة النفسية لدى القائمين برعاية المسنين بشكل عام والقائمين برعاية مرضى العته منهم بشكل خاص من أفراد أسرهم فيعود إلى عام ١٩٨٠ حيث بدأ يظهر كثير من البحوث النفسية العيادية التى تصدت لدراسة هذا الموضوع (Baldwin, et al., 1989). فمما لا شك فيه أن موقف الرعاية هذا يعد من أكثر المواقف المثيرة للمشقة حيث يضطر القائمون بالرعاية أن يتعايشوا مع التدهور المعرفى والسلوكى، كما يضطرون إلى التعايش مع فقدان

العلاقة المعتادة مع أقاربهم مرضى العته (Kneebon, I.I.& Martin, P.R., 2003).

وباستقراء الإنتاج الفكرى النفسى الذى عالج هذا الموضوع من خلال مراجعة قواعد البيانات النفسية[1] على الحاسب الآلى (حتى نوفمبر ٢٠٠٤) نستطيع تصنيف الدراسات إلى ثلاث فئات رئيسية هى:

أولا : فئة الدراسات التى ألقت الضوء على الخبرة الذاتية لمرضى العته فى المشقة واستراتيجيات تعايشهم معها.

ثانيا : فئة الدراسات التى ألقت الضوء على مصادر المشقة النفسية لدى القائمين برعاية مرضى العته واستراتيجيات تعايشهم معها.

ثالثاً : فئة الدراسات التى راعت خصوصية مثيرات المشقة النفسية لدى القائمين بالرعاية وتعايشهم معها.

ونعرض فيما يلى لدراسات كل فئة منها على حدة.

أولاً: الدراسات التى اهتمت بالخبرة الذاتية لمرضى العته فى المشقة واستراتيجيات تعايشهم معها

تتبدى أهمية الاهتمام بمتلقى الرعاية فى أن كثيراً من القائمين بالرعاية لا يعرفون الطريقة المثلى فى الاستجابة للاضطرابات السلوكية المزعجة، مما يتسبب فى شعورهم بالإحباط، والعجز، والغضب الذى ينعكس أثره سلبياً على علاقة القائم بالرعاية بالمريض، حيث أن نجاح الرعاية يعتمد على إيجابية العلاقة بين المريض والقائم بالرعاية مما يترتب عليه بالضرورة معرفة وفهم خبرات ورغبات

المريض واحترامها لإشباعها، وعندئذ ينخفض تكرار الاضطرابات السلوكية والحاجة للأدوية (Kenowsky, S., 1996, p. 450).

وقد يرجع فشل أغلب الدراسات فى أن تأخذ فى اعتبارها خبرة مرضى العته إلى انخفاض استبصار هؤلاء المرضى بحالتهم المرضية ـ مما يضطر الباحثون إلى الحصول على المعلومات الخاصة بحالتهم المرضية من خلال القائمين برعايتهم ـ بالإضافة إلى أن دارسة الاستبصار لديهم تمثل صعوبة بسبب غموض مفهوم الاستبصار وغياب مقياس مقنن واسع الاستخدام لقياسه (Amador, X.F., etal., 1993, p.150).

نجد أن غالبية مرضى العته ينكرون وجود اضطرابات فى الذاكرة، أو فى نشاطات الحياة اليومية لأسباب غير معروفة للآن، ومع ذلك فقد حاولت ثلاث دراسات أن تلقى الضوء على العلاقة بين هذا المتغير والمتغيرات الديموجرافية والمتغيرات المعرفية والمرضية النفسية فى عينات صغيرة من المرضى بمرض ألزهيمر. ففى الدراسة الأولى، أجريت مجموعة من المقابلات الإكلينيكية لتقدير إنكار الاضطراب فى مجموعة من المبحوثين بلغت ٢٥ مبحوثاً لديهم مرض ألزهيمر ممكن[٢] *، ولديهم مستويات متباينة من شدة الاضطراب المعرفى، وكذلك فى مجموعة من خمسة مبحوثين لديهم نسيان طبيعى يعود إلى تقدم السن، وقد وجد أن المبحوثين الذين لديهم مرض ألزهيمر من المحتمل أن ينكروا اضطراب الذاكرة أكثر من المرضى الذين لديهم نسيان يعود إلى المظاهر الطبيعية لتقدم العمر ومرضى العته الشديد منهم خاصة أكثر من مرضى العته البسيط.

وقـامت الـدراسـة الثـانيـة بمقـارنة بين الـوعى بمرض العـتـه والاضطراب المعرفى للمرض وشدة الاكتئاب فى عينه بلغت ٣٨ مبحوثا لديهم مـرض ألزهيمـر محتمل، بحيث تم قياس متغير الوعى بالمرض من خلال استخبار تقدير ذاتى للذاكرة لدى المرضى وقورنت النتائج بتقديرات مماثلة أجراها القائمون برعاية مرضى العته. وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود ارتباط بين عمر المريض أو تعليمه وبين وعيه بالمرض . بينما وجدت ارتباطات سلبية بين الوعى بالمرض وشدة العته. كما وجدت ارتباطات سلبية جوهرية بين الأداء على مقاييس الذاكرة الثانوية لفظية وعملية والوعى بالمرض (فكلما اشتد الاضطراب على هذه المقاييس قل الوعى بالمرض)، وكذلك بالنسبة للعلاقة بين الوعى والاكتئاب، فالوعى كان أكبر فى المرضى الذين لديهم اكتئاب أشد .(Sevush, S., & Leve, N., 1993)

كما أجرى كل من «سيفوش» Sevush و «ليف» Leve (1993)، دراسة على عينة كبيرة من المبحوثين (ن=١٢٨) لديهم ألزهيمر محتمل، وذلك من خلال إجراء مقابلة مقننة لتقدير إنكار الذاكرة طلب فيها من المرضى أن يقدروا ما إذا كان يوجد لديهم اضطراب فى الذاكرة أم لا، وما هى شدته، كما طلب من المبحوثين أن يقدروا أنفسهم بشكل لفظى.

وقد أشارت النتائج إلى أن درجات الإنكار لم ترتبط بالعمر عند بداية مرض ألزهيمر، أو سنوات التعليم أو فترة المرض. بينما وجدت ارتباطات بين الإنكار والنوع (فقد أظهرت النساء إنكاراً أكبر من

الرجال)، وبين الإنكار ومستوى القدرة المعرفية فى مرضى العته (فقد أظهر المرضى ـ الذين لديهم اضطراب معرفى شديد ـ إنكارا أكبر من المرضى الأقل اضطرابا من الناحية المعرفية)، وبين الإنكار والاكتئاب (فقد أظهر المرضى المكتئبون إنكاراً أكبر من المرضى غير المكتئبين) وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراستين السابقتين (Ibid) .

وفى دراسة لسبعة من مرضى ألزهيمر محتمل بسيط إلى متوسط (ستة من الذكور وواحدة من الإناث)، تراوحت أعمارهم بين ٦١ إلى ٧٩ عاماً، بهدف وصف استراتيجيات التوافق لديهم، ومشاعرهم الداخلية وإدراكهم للمرض، والتقديرات التى يقدمونها لتدهور القدرات لديهم،و نظرتهم للمستقبل. وجد أن المرضى استخدموا آليات تعايش متنوعة مع المظاهر المهددة لبداية مرضهم فقد أظهروا إنكارا جزئياً أو كليا، حيث تجنب بعض المرضى الحديث عن مرضهم أو البحث عن معلومات عنه، كما أظهر بعض المرضى غموضاً عند الحديث عن مرضهم، كما قلل بعضهم من درجة وشدة الاضطراب الوظيفى لديهم. كما وجد استخدام لآليات أخرى مثل الأوجاع الجسمية المتعددة، ولوم الذات، عدا مريضة واحدة عمرها ٦٩ عاماً من المرضى السبعة، لم تستخدم أى من هذه الآليات، فقد كانت على وعى بمرضها على المستويين المعرفى والانفعالى وتعايشت بكفاءة معه (Bahro, M., Slber, E., & Sunderland, T., 1995).

وفى دراسة لأساليب التعايش التى يوظفها مرضى العته نجد أن بعض مرضى ألزهيمر يوظفون قدراتهم المضطربة لتنفيذ مهام

ونشاطات الحياة اليومية الأدائية المطلوبة منهم وقد يطلب بعضهم المساعدة من الآخرين، كما قد يلجأ بعضهم لاستخدام أدوات تساعدهم فى أداء بعض المهمات (مثل: استخدام فوطة مبللة لوضعها أسفل الطبق لتثبته فى حالة مرضى العته الذين يعانون من مشكلة فى التآزر الحركى) بالإضافة إلى ذلك يوظف بعض المرضى خبراتهم السابقة لأداء المهام المطلوبة منهم ، وتنظيم أدواتهم بطريقة تيسر الحصول عليها (Doble, S.E., Fisk, J.D., Macpherson, Fish, A.G., Wood, K.R., 1997, Pedretti, L.W., Zoltan, B., 1990, p.250).

تعقيب:

يتضح من مراجعة الإنتاج النفسى السابق الخاص بخبرة مرضى العته أن دراسات قليلة جداً قد عنيت بمظاهر خبرة مرضى العته ، وإدراكهم للمرض. ويمكننا أن نستنتج من هذه الدراسات المحدودة أن الاستراتيجية الأكثر شيوعاً بين المرضى هى إنكار وجود اضطراب فى الذاكرة أو وجود اضطرابات سلوكية لديهم (Wright, L.K., 1991) وتتبدى القيمة التطبيقية العلاجية لمثل هذه النتيجة فى ضرورة التركيز على مهارات المرضى المتماسكة بدلا من مواجهتهم بحقيقة التدهور المستمر لديهم (Bahro, etal.1995)، إذ على الرغم من أن غالبية المرضى لا يتوافقون بنجاح مع مرضهم ـ كما أشارت دراسة «بهرو» وزملائه ـ فإن كثيراً منهم أيضاُ يستطيعون توظيف قدراتهم للتعايش مع مهمات الحياة اليومية كما أشار «دوبل» (١٩٩٧).

ثانيا : الدراسات التى ألقت الضوء على مصادر المشقة النفسية لدى القائمين برعاية مرضى العته واستراتيجيات تعايشهم معها

يعد موقف رعاية مرضى العته مثيراً للمشقة، حيث يضطر القائمون بالرعاية إلى أن يتعايشوا مع مظاهر التدهور المعرفى والسلوكى التى تحدث لدى مرضى العته والتى أشار إلى وجودها عدد من الدراسات منها على سبيل المثال : دراسة «ريتشمان» Rishman وزملاؤه (١٩٩٦)، حيث بحثا عينة من مرضى ألزهيمر (ن = ٢٤) ـ من خلال القائمين برعايتهم ـ وعينة من كبار السن الأسوياء (ن=٢٦)، وقد أجريت مقارنة بينهما فى ضوء درجاتهم على مقياس الأعراض السلبية فى مرض ألزهيمر[٣]، ووجدوا أن الأعراض كانت أشد لدى مرضى ألزهيمر مقارنة بالأسوياء على كل من مقاييس التبلد والانسحاب الاجتماعى والانفعالى. وقد ارتبطت الأعراض إيجابياً بشدة العته كما قدرت من خلال الأداء على مقياس فحص الحالة العقلية المختصر[٤]. بينما ظهرت فروق دالة بين المجموعتين على مقياس كورنيل[٥] للاكتئاب (Reichman, W.E.,etal.,1996, p.24).

كما بحثت دراسات عديدة أيضاً الأداء على مقاييس نشاطات الحياة اليومية والتى تمثل مقياساً لمهمات الرعاية الذاتية (مثل: دخول الحمام، واللبس، والاستحمام) حيث يقوم القائم بالرعاية بتقدير أداء المريض عليها. كما بحثت الدراسات أيضا الأداء على مقاييس نشاطات الحياة اليومية الأدائية والتى تشمل مهارات الحياة المستقلة (مثل: القدرة على استخدام التليفون، وتحضير الوجبات، والقدرة على

التصرف فى النقود). وقد انتهت هذه الدراسات إلى أن هذه القدرات تتدهور مع زيادة العمر، كما أنها تتأثر بكل من العوامل الجسمية والنفسية المرضية؛ فعلى سبيل المثال وجد «تيرى» وزملاؤه (١٩٨٨) ارتباطاً دالاً إحصائيا بين مقياس فحص الحالة العقلية المختصر وسلوكيات الرعاية الذاتية: التى تضمنت العجز عن ضبط المثانة والعناية بالنظافة الشخصية[٦]، وذلك لدى عينة من مرضى ألزهيمر وفى تقرير لاحق «لتيرى» وزملائه (١٩٨٩) على العينة نفسها، وجد ارتباطاً بين مقاييس الذاكرة والمبادرة من مقياس التقدير الذاتى للعته[٧]، وبين سلوكيات نشاطات الحياة اليومية الآدائية. كما أشار «تيرى» وزملاؤه إلى أن العمر ارتبط بانخفاض الكفاءة الوظيفية لدى مرضى العته الذين لديهم المستوى نفسه من الاضطراب المعرفى ذاته .(Backman, L., & Hill, R.D., 1996, p. 76)

وقد أشار «فيتاليانو» Vitaliano وزملاؤه إلى أن الارتباط بين مستوى القدرات المعرفية والكفاءة الوظيفية أقوى لدى مرضى العته البسيط مقارنة بمرضى العته الشديد والمتوسط، وذلك يرجع إلى أن مرضى العته المتوسط والشديد قد وصلوا إلى مستوى منخفض جداً من الأداء على مقاييس الرعاية الذاتية ومهارات الحياة المستقلة، كما قيست من خلال تقرير القائمين برعايتهم على مقياس إعادة ترميز الحياة المستقلة[٨](Reichman, etal., 1996).

هذا عن العلاقة بين شدة الأعراض المعرفية لمرضى العته وانخفاض الكفاءة الوظيفية فى نشاطات الحياة اليومية، ونشاطات الحياة اليومية الأدائية كمثيرات مشقة موضوعية للرعاية. أما عن العلاقة بين شدة

الأعراض المعرفية والاضطرابات السلوكية فلا يوجد اتفاق كبير بين عدة دراسات عنيت بدراسة هذه العلاقة، فقد أشار بعض الدراسات إلى عدم وجود ارتباط بين الجوانب المعرفية والأعراض السلوكية والنفسية، بينما أشارت دراسات أخرى إلى وجود علاقة إيجابية أو سلبية، وقد يرجع هذا التعارض إلى افتقاد الدقة فى تشخيص مرضى العته فى الدراسات التى تناولت هذه العلاقة؛ حيث تعتمد العلاقة بين المتغيرين على نمط الاضطرابات المعرفية التى تتسم بها مختلف أنواع العته، وبالتالى يؤدى افتقاد الدقة فى تشخيص مرض العته فى الدراسات إلى اختلاف النتائج، كما يمكن أن يكون الاختلاف فى النتائج عائدا إلى افتقاد التجانس فى تعريف الاضطرابات السلوكية. على سبيل المثال فى تعريف الذهان غالبا ما يتداخل تعريف الضلالات[٩] والشكوك[١٠]. وبالأخذ فى الاعتبار عدد الاضطرابات السلوكية الضخمة التى تحدث فى مرض العته، ومن ثم فإن بحث علاقة كل عرض مستقل بالجانب المعرفى يمثل مهمة كبيرة، لذلك فقد حاولت عدة دراسات أن تضم الأعراض السلوكية فى فئات مستخدمة فنيات كبرى متباينة، ومن ثم فإنه على الرغم من اتفاق الباحثين على أهمية تجميع الأعراض فى فئات، فإنه لا يوجد اتفاق كبير على الطريقة التى يتحقق بها هذا الهدف .

وفى إطار الدراسات التى اهتمت بتحديد العلاقة بين الاضطرابات السلوكية لدى مرضى ألزهيمر وشدة الإصابة المعرفية لديهم فقد تمت دراسة خمس فئات من الاضطرابات السلوكية هى التبلد، والتهيج، والأعراض الذهانية، والعجز عن التحكم فى السلوك، والاستثارة وذلك

من خـلال ثلاث دراسـات مسـتـقلة أجـراها «جـيلى» Gilley وزمـلاؤه (١٩٩١)، وكانت نتائج تلك الدراسات على النحو التالى:-

١- فى الدراسـة الأولى استـقطبت مـقـاييس شـدة المرض ٤٢ %من التبـاين الخـاص بمقيـاس التبلد، بينمـا استقطبت أقل من ٢٠% فى باقى المقاييس.

٢- أمـا الدراسـة الثـانيـة فـقـد ارتبط فـيـهـا وجـود أعـراض شـديدة (كـأعـراض التـخشب و الضـعف فى العـضلات النـاتجة عن إصـابة خـلايا مـخية تعـرف بالخـلايا الهـرمية)[11] بوجـود حالة متـزايدة من التبلد، كما عدلت هذه الأعراض العلاقة الارتباطية بين شدة المرض والأعراض الذهانية والاستثارة.

٣- وفيـمـا يتـعلق بالدراسـة الثـالـثة: فـقـد وجـدت عـلاقـة ارتبـاطـية بين بداية حدوث المرض ومقياس التهيج، كما عدل متغير بداية المرض العـلاقـة الارتبـاطيـة بين شـدة المـرض وكل من التـبلد، والأعـراض الذهـانية، ومقاييس الاستثارة (Gilley, D.W., Wilson, R.S., Benerelt, D.A., Bernard, B.A., & Fox, J.H., 1991).

وتشـيـر النتـائج السـابقـة إلى دور الأسس الحـيـوية العـضـوية لهـذه الاضطرابات السلوكـيـة، كـمـا تؤكـد تعـقـد العـلاقـة بين شـدة المرض والاضطرابات السلوكية، فبينمـا ارتبط وجـود الاضطرابات السـلوكـيـة فى مـرض ألزهيمـر بالمراحل المتـأخرة من هـذا الاضطراب تبين أن كـلاً من التـبلد، والتـهـيج، والضـلالات، والهـلاوس، بالإضـافـة إلى أشكال أخرى من الاضطرابات السلوكية قد وجدت فى المستويات المختلفة من الاضطراب المعرفى المصاحب لمرض العته (Ibid).

أما عن ارتباط الاضطرابات السلوكية بمشقة القيام بالرعاية فقد استخدمت الدراسات مفاهيم عديدة كى تشير إلى مشقة الرعاية. أكثرها استخداما هو مفهوم العبء[١٢]حيث يمكن أن نُفرِّق بين العبء الموضوعى[١٣]والعبء الذاتى[١٤] أو المشقة، فالعبء الموضوعى يشير إلى إدارة متطلبات الرعاية بينما يشير العبء الذاتى أو المشقة إلى تقييم الإجهاد[١٥] الذى يواجهه القائم بالرعاية، فهو بمثابة استجابة انفعالية للمتطلبات العملية الملقاة على عاتقهم (منى حسن عبد العال، ١٩٩٩، ص ٧٠ ، منى حسن عبد العال، ٢٠٠٣، ص ٦٩، & Nancy, B., 1991, Kerley, L.G. & Turnbull, J.M., 1998, p.319).

كما استخدم أيضا مفهوم الاحتراق النفسى[١٦] ويشير إلى خبرة التعب الجسمى والانفعالى والعقلى التى يسببها التورط الممتد فى مواقف مثيرة انفعالياً (عبد العال، ٢٠٠٣،ص١٠٧).

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأعراض النفسية والسلوكية للعته ترتبط بمستوى مرتفع من العبء لدى القائم بالرعاية. إلا أن كثيرًا من هذه الدراسات أشارت إلى أن الاضطرابات السلوكية يتم التعبير عنها بدرجة كلية يصعب تفسيرها، كما يصعب المقارنة بين هذه المقاييس الكلية، فبعض المقاييس تتضمن صعوبات جسمية (مثل: العجز عن التحكم فى المثانة)، كما أن بعضها الآخر لم يعرف إجرائيا الأعراض التى يتضمنها (Lawlor, B.A., & Swanwick, G., Goen, R. 2000, pp.94-95).

كذلك فإن اضطراب الذاكرة يعد كما ذكر «مارسون» Marson (١٩٩٧) مشكلة رئيسة لمرضى العته، ويؤدى ذلك إلى فقدان القدرة على اتخاذ القرار، وفقدان الكفاءة القانونية. بالإضافة إلى ذلك، فقد

أشـار«بولاك» Pollak و «سـتـوكـيس» Stokes (١٩٩٧) إلى أن السلوكـيات الليليـة المزعـجـة[١٧] لكبـار السن (مـثل: دخـول الحـمـام أثناء الليل، والشكوى من الألـم، ومشكلات النوم، والتجوال) تهدد الحـياة اليومـية للقائمين بالرعاية (عبد العال، ٢٠٠٣،ص٤٤).

وقد أخذت إحدى الدراسات خطوة مبدئية تجاه فهم التباين فى كل من التقييمات الإيجابية (المكاسب) والسلبية (المشقة) فى رعاية مرضى العته لدى أربعة وسبعين زوجا يرعون زوجات لديهن عته. وقد أشارت النتائج إلى أن المصـادر الاجتمـاعية والـصحية كانت مهمة لفهم التباين فى كل من التقييمات الإيجابية والسلبية. كما وجد أن وجود مشكلات فى الذاكرة أو السلوك واستخدام الاستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال من العوامل التى ساعدت فى تفسير التباين فى المشقة، وعلى الجانب الآخـر كان التعليم والاسـتـراتيجـيات القـائمـة على حل المشكلات من العـوامل التـى سـاعـدت فى تفـسـيـر التـبـاين الموجـود فى التـقـيـيـمـات الإيجابية لدور القائمين بالرعاية (Kramer, B.G., 1997)

وقد عنيت إحدى الدراسات ببعض العوامل التى تتنبأ بمشقة القائم بالرعاية، حيث طبق على القائمين برعاية مرضى ألزهيمر من أقاربهم مقاييس عديدة تقدر مستوى مشقة القائم بالرعاية كما قاموا أيضاً بتقييم معلومات مكتوبة عن مرضى ألزهيمر، وعن المساندة الاجتماعية التى يتلقونهـا وقد تبين أن أكثر العوامل التى تنبأت بمشـقـة القـائم بالرعـاية كانت وجود/ مشكلات سلوكية لدى المريض المسن، وطبيعة المساندة النفسية الاجتماعية للقائم بالرعاية، واستراتيجيات التعايش مع مصادر مثيرات المشقة النفسية (Haley, W.E., 1997).

وأكدت نتـائج هذه الدراسـة دراسـة أخـرى جـعلت هدفـهـا فـحص المنبئـات بعبء القائم بالرعاية لمرضـى ألزهيمر، حيث تكونت العينة من مجموعتين إحداهما لديها مرض ألزهيمر، وتمثل الثانية القائمين على رعايتهم. أخذت هذه العينة من عيادة فى مستشفى ريفى للذاكرة. وقد أشـارت نتـائج هذه الدراسـة إلى أن تزايد عبء القـائم بالرعـاية، كـان مـرتبطاً بشكل مـسـتقل بالمسـتوى المتـزايد من الاضطراب السلوكى للمـريض والمستويات المنخفضة من المسـاندة الاجتمـاعية التى يتلقـاها القائم بالرعـاية، وكانت الإناث بشكل عـام أكثـر عـرضـة للعبء النفسـى ولم تتنبـأ أى من الحـالة الوظيـفـية أو الحـالة المعرفـيـة لمريض العتـه بالعبء النفسى، لدى القائمين بالرعاية (Coen, R.F., etal. 1997).

هذه مجموعة من الدراسـات التى تناولت مصـادر المشـقة وتقييمها والعوامل المرتبطة بها لدى القـائمين بالرعـاية، **وننتـقل الآن إلى عـرض الدراسـات التى تناولـت اسـتراتيجيات التـعـايش والـعوامـل المرتبطة بها وكفاءتها لدى القائمين برعاية مرضى العته.**

أجـرى كـل مـن «بـرات» Pratt و «شـمـال» Schmall و «رايت» Wright و «كليـلاند» Cleland دراسـة عـام ١٩٨٧، على عينة كـبيـرة تشـمل٢٤٠ قـائما برعاية مـرضـى ألزهيمـر. وقـد وجدوا ارتبـاطات سلبـيـة دالة بين كل من الثـقـة فى حل المشكلات، وإعـادة تشكيلها والبـحث عن مسـاندة الأسـرة، وبين العبء المرتبـط بعملية الرعـاية، بينمـا وجـدوا ارتبـاطـات إيجـابيـة بين السلبـيـة والـعبء المرتبـط بعـمليـة الرعـاية. وقـد حـصل الباحثون أنفسهم على نتائج شبيهة تخص السلبية عام١٩٨٧ وذلك على مقياس للتعايش يضم عدة مقاييس لتقييم أزمة الحياة، وهو يتكون من

ثلاثين بنداً، وتضم ثمانية فئات من استراتيجيات التعايش التى يستخدمها الأفراد أو الأسرة فى مواجهه المشكلات (Kneebone, & Martin, 2003, 2003).

كما بحث كل من «بلت» Pelt و «كاسرتا» Caserta و «هاتون» Hutton، و «لوند» Lund (١٩٨٨) عينة من ١٨١ سيدة قائمات بالرعاية يقمن مع قريب مريض بالعته كبير السن فى مسكن واحد، وقد وجدوا أن السيدات اللاتى يتعرضن لمستويات مرتفعة من العبء النفسى أو مستويات منخفضة من الرضا عن الحياة استخدمن بشكل أكبر استراتيجيات تعايش تجنبيه (مثل: تمنى ابتعاد المشكلة عنهن، والتسليم بالقدر) وذلك مقارنة بالسيدات اللاتى يتعرضن لمستويات منخفضة من العبء النفسى أو مستويات مرتفعة من الرضا عن الحياة أكبر حيث استخدمن أساليب تعايش نكوصية[١٨] (مثل: الأكل بشراهة، وتعاطى الكحوليات، والغضب السريع) وذلك على مقياس «جالويس» لأسلوب التعايش[١٩]. وقد حصل كل من «براون» Brown، و «سلومان» Sloman، و «ميتشيل» Mitchell على نتائج مشابهة فى دراسة أحدث (١٩٩٥).

ونختتم هذه الفئة من الدراسات بدراسة أجرتها «منى عبد العال» فى مصر (١٩٩٩) بعنوان تقييم الضغوط النفسية والاجتماعية التى تواجه العائلة القائمة برعاية المريض المصاب بالعته (Ibid).

وقد استخدمت الباحثة استبانة، أعدت خصيصاً لتقييم كل من الضغط النفسى، وتقييم توافق مسئولى الرعاية. وقد تم تجميع البيانات من خلال المقابلة الشخصية لعدد ٤٠ فردًا من أفراد الأسرة

التى تعيش مع المرضى فى المنزل. وقد أظهرت الدراسة عدة نتائج يهمنا منها ما يلى:-

١- لاحظ معظم مسئولى الرعاية فى الأسرة عدم وعى المريض بالوقت أو المكان أو الأشخاص .

٢- يعد الشعور بالإجهاد نتيجة لمتطلبات المريض أكثر الضغوط الجسمية لدى مسئولى الرعاية.

٣- يعد عدم توافر الوقت لرعاية الأطفال والاستجابة لاحتياجاتهم أكثر المشاكل التى تواجههم فى الضغوط الاجتماعية.

٤- يعد التأخير عن مواعيد العمل أكثر مشاكل العمل من بين الضغوط الاجتماعية.

٥- تعد قلة زيارات الأقارب والأصدقاء أكثر مشكلات العلاقات مع الآخرين.

٦- الخوف من احتمال الإصابة بمرض العته يعد أكثر الضغوط النفسية لمسئولى الرعاية فى الأسرة.

٧- كما وجد أن القائمين برعاية مرضى العته يستخدمون استراتيجيات تعايش متنوعة لإدارة الاضطرابات السلوكية لدى مرضى العته منها: محاولة جذب انتباه المريض وإمداد المريض بالحب والمساندة والبحث عن أسباب الغضب والعدوان لتجنبها فى المستقبل (عبد العال، ١٩٩٩، ص ص. ٢-٣، ص ص. ١١٤ - ١١٥) .

وتشير الاستجابات السابقة إلى أن القائمين برعاية مرضى العته يستخدمون استراتيجيات تعايش متنوعة لإدارة أعراض مثيرات المشقة

الانفعالية ويوجد ثلاثة منها يستخدمها القائمون برعاية مرضى العته بشكل خاص، وصفها «آدمز» Adms وهى:

١- تقليل العبء الواقع على القائم بالرعاية.

٢- إعطاء الموقف معنى[٢٠] (مثل: محاولة الاحتفاظ بروح الفكاهة).

٣- إدارة أعراض المشقة التى تظهر فى القيام بالرعاية (عبد العال، ٢٠٠٣، ص٨٩).

كما ذكر كل من «بنجامين» Benjamin و «جيجناس» Gignace مجموعة أخرى من الاستراتيجيات التى يستخدمها القائمون برعاية مرضى الاضطراب العقلى، وتتضمن: الاندماج فى نشاطات خارجية، والانخراط فى عمل خارج المنزل، والانضمام إلى جماعة مساعدة، وقبول المرض، ووضع حدود لسلوك المريض، والابتعاد الانفعالى عن الموقف، والعيش بعيداً عن العمل، والاعتماد على معتقدات دينية.

كما ذكر «مولويك» Molewyk (١٩٩٧) أن نسبة عالية من القائمين بالرعاية اعتمدوا على الصلاة كمظهر من مظاهر الإيمان لديهم واكتساب القوة والمساندة (المرجع السابق، ص.ص ٧٣-٧٤).

وننتهى من عرضنا للدراسات السابقة إلى عدد من الخلاصات العامة نجملها فيما يلى:

١- اهتمت معظم الدراسات السابقة بمرض ألزهيمر دون بقية فئات وأنماط العته الأخرى، الأمر الذى حاولنا أن نتجنبه فى الدراسة الراهنة حيث شملت عينة الدراسة مرضى العته الوعائى بالإضافة إلى مرضى ألزهيمر.

٢- إن كثيرا من الدراسات السابقة ركزت بشكل أساسى على خبرة رعاية السيدات، انطلاقاً من فكرة مؤداها أن النساء لهن دور أساسى، ويتسمن بالكفاءة كقائمات بالرعاية (Kramer, B.G., 1997)، إلا أن هذا الدور نرى أنه يتضح أكثر عند مقارنة خبرة الإناث بالذكور فى القيام بالرعاية، وهو ما سنحاول أن نراعيه فى دراستنا الراهنة من خلال مقارنه خبرة الإناث بالذكور فى القيام بالرعاية.

٣- لا تسمح لنا تلك الفئة من الدراسات بالخروج باستنتاجات ذات طبيعة سببية حول العلاقة بين مثيرات المشقة الموضوعية والذاتية أو حول علاقة مثيرات المشقة الموضوعية بعضها ببعض وكذلك حول العلاقة بين المشقة والتعايش.

٤- إن مثل هذه البحوث تفشل فى أن تأخذ فى اعتبارها منحى لازاروس وفولكمان المتغير بشكل دائم والذى يمثل السياق الزمنى فيه أهمية فى فهم التعايش. وبناءً على ذلك فإن كفاءة استراتيجيات التعايش فى التعامل مع مثيرات المشقة تختلف من وقت لآخر. فاستجابات التعايش التوافقية فى مرحلة انتقالية من مراحل الرعاية قد لا تكون كذلك فى مرحلة تالية أو قد تستخدم بشكل أقل تكراراً حيث يميل القائم بالرعاية أن يكرر استجابات التعايش التى ثبت نجاحها ويستبعد تلك التى لم يثبت نجاحها. كما يمكننا أن نفترض أيضا أن استخدام استراتيجيات التعايش فى وقت محدد قد لا يثير مشكلات فى الوقت ذاته، ولكنه قد يؤثر على التوافق فى مرحلة تالية. ففى المراحل المبكرة، تكون مشكلات المريض بسيطة، ولها تأثير بسيط، وفى هذه الفترة تفيد

استراتيجيات التجنب والإنكار ولكن عندما تشتد المشكلات ويزداد تأثيرها يحتاج القائم إلى استخدام استراتيجيات أخرى كاللجوء إلى التدخلات النفسية المختلفة(Kneebone, & Martin, 2003).

٥- قد أسفرت تلك الدراسات فى عمومها عن عدة نتائج هى:

(أ) إن القائمين برعاية مرضى العته المسنين يتعرضون لفقدانات متعددة أثناء القيام بالرعاية.

(ب) ووجد أن أكثر مصادر المشقة النفسية شيوعاً لدى القائمين بالرعاية بالترتيب هى مشكلات الذاكرة التى يعانى منها المريض ويليها التغيرات السلوكية المفاجئة مثل (التجوال، وتكرار الكلام).

(جـ) ارتبط النوع بشكل واضح بمستوى المشقة بينما لم تتفق النتائج حول وجود تأثير مباشر للعمر، أو الحالة الوظيفية أو المعرفية لمريض العته.

(د) أن استراتيجيات التعايش الموجهة نحو المشكلة والقبول كانت أكثر كفاءة من الاستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال.

(هـ) وجد أن الجمع بين أكثر من استراتيجية كان عائده أكثر كفاءة من الاعتماد على استراتيجية واحدة فى التغلب على الآثار النفسية السلبية الناجمة عن المعاناة من المشقة لفترات زمنية طويلة.

(و) كان لعامل المساندة المعيشية الاجتماعية المدركة، وإدراك مصادر المشقة وتقييمها ـ وهى المشقة النفسية المتصلة

بأعـراض العتـه ـ كـان لهـمـا أثـر دال فى الشعـور بالسـعـادة النفسـيـة لدى القـائـمـين بالرعـاية فى مـعظم الدراسـات التى عنيت بفحص هذين العاملين.

(ز) وأخـيـراً يعـد إدارة أعـراض المشـقـة التى تظهـر فى القـيـام بالرعـاية واحـدة من أهم الاسـتـراتيـجـيـات التى يسـتـخـدمـهـا القائمون برعاية مرضى العته بشكل خاص.

وبالبحث فى الإنتاج النفسى السابق، نجد أن الدراسات الطولية فيه مـحـدودة للغـايـة، وقـبـل أن نعـرض هنا لست دراسـات تمت فى هذا المجال، نشير إلى أنه فى دراسات الفروق الفردية والتغيرات الطولية فى المشقة والتعايش بين القائمين برعاية مرضى العته، فإن تقدير شدة اضطراب المريض له أهمية حاسمة حيث يفترض أنه مع تقدم العته، فإن أعراض الاضطراب المعرفى قد تتزايد بشكل ثابت، بينما الأعراض السلوكية الأخرى المثيرة للمشقة تصل لقمتها خلال المراحل الوسطى من العته ثم تنخفض تدريجيا مع التدهور العقلى والجسمى للمريض. على سبيل المثال فإن البيانات المستمدة من دراسة الأسر القائمة بالرعاية تشير إلى أن مشكلات الرعاية الذاتية الآدائية مثل العجز عن إدارة الأموال، والتسوق، والانتقال، واستخدام الهاتف، قد تبدأ مبكراً فى العته وتستمر مع زيادة شدة العته، وأن مشكلات الرعاية الذاتية الأساسية تبدأ متأخرة نسبياً وتتزايد مع شدة العته، بينما وجد أن كثيراً من الأعراض السلوكية تنخفض عبر الوقت (Hal-ey, W.E, Parado, K.M., 1989, p,389).

وعلى الرغم من أن كثيراً من دراسات مرضى العته قد أشارت إلى وجود علاقة ضعيفة بين مشكلات المريض وتوافق القائم بالرعاية،

حيث تشير إلى أن عائد القائم بالرعاية، ناتج لكل من مثيرات المشقة الموضوعية وإدراكات القائم بالرعاية، فإنه يجب وضع مثيرات المشقة الموضوعية فى الاعتبار كعوامل تؤثر على تعايش القائمين بالرعاية. حيث ذكر بعض القائمين بالرعاية أنهم يفضلون رعاية أقاربهم خلال المراحل التالية من العته بسبب عجز المريض عن إظهار سلوكيات خطيرة، كما ذكر بعض القائمين بالرعاية أيضا أنهم قد يتحملون إدارة مريض غير قادر على التحكم فى الإخراج، ومقعد فى السرير ولا يتحملون تجول المريض على سبيل المثال (Ibid).

وعلى الرغم من أن كثيراً من البحوث عنيت ببحث أعباء الرعاية، فإن الرؤية الكاملة لمثيرات المشقة المرتبطة بالرعاية لم تغطَّ بعد باستثناء الدراسة الموسعة التى قام بها «أنشنسل وزملاؤه» (١٩٩٥) فقد قاموا بجمع بيانات طولية على مدى ثلاث سنوات من عينة غير متجانسة فى خصائصها الاجتماعية الاقتصادية وفى خصائص المبحوثين. وذلك من خلال أربع مقابلات شخصية أجريت سنويا مع ٥٥٥ قائماً بالرعاية أساسياً لشخص قريب من الدرجة الأولى كالزوج أو الأب المصاب بألزهيمر أو أنواع أخرى من العته (Aneshensel, et al., 1995, p. 62).

حيث وظف الباحثون عملية المشقة كى تخدم مهمتين، الأولى: وصف الحالات والخبرات التى تؤثر على صحة وسعادة القائمين بالرعاية عبر الوقت والثانية: توضيح التباينات فى آثار هذه الحالات والخبرات السلبية على القائمين بالرعاية. وقد أظهرت الدراسة عدة نتائج أهمها:

(أ) ظهر أن الدورة المتدهورة للعته تظهر بشكل واضح فى الجانب المعرفى، إلا أن معدل التدهور المعرفى يتباين مع الوقت حيث يكون التدهور سريعاً خلال فترة بداية المرض ثم يحدث ثبات فى معدل التدهور يليه معدل تدهور سريع فى نهاية المرض، إلا أن مقياس فحص الحالة العقلية المختصر الذى استخدمه الباحثون لم يستطع أن يلتقط التباينات فى تقدم المرض فى مراحل العته الشديدة.

(ب) أظهرت النتائج تشابهاً بين كل من دورة الاضطراب المعرفى والاعتمادية فى نشاطات الحياة اليومية وكلاهما يختلف بشكل ملحوظ عن دورة المشكلات السلوكية، فقد لاحظ الباحثون أن معظم المشكلات السلوكية التى درسوها لم تختلف بشكل ملحوظ مع دورة المرض، على الرغم من أن بعضها يظهر وبعضها يسقط. فتهديد الآخرين يتزايد مع تقدم المرض، وعلى العكس من ذلك، فإن تكرار الأسئلة وإخفاء الأشياء يصبح أقل شيوعاً (Ibid, p. 34, pp. 76-77).

(جـ) وعن علاقة مثيرات المشقة الموضوعية السابق ذكرها ببعضها بعضا، فقد تبين أن المشكلات السلوكية لا تتباين بشكل منتظم مع الاضطراب المعرفى للمريض، كما وجد أن المشكلات السلوكية ترتبط بنشاطات الحياة اليومية ارتباطًا ضعيفًا حيث كان معامل الارتباط يساوى (٢٣, ٠).

(د) أما عن علاقة مثيرات المشقة الذاتية (الحمل الزائد للدور، وأسر الدور[٢١]. وفقدان تبادل العلاقة الحميمة[٢٢] ببعضها فقد

ارتبطت ارتباطاً متوسطاً حوالى (٠,٢٥) كما أظهرت النتائج أن أبعاد المشقة الموضوعية وهى الاضطراب المعرفى والاعتمادية فى نشاطات الحياة اليومية والمشكلات السلوكية تسهم فى فقدان تلك العلاقات الودية. وأن المشكلات السلوكية بصفة خاصة تسهم فى شعور القائمين بالرعاية بالحمل الزائد للدور وأسر الدور (Aneshensel, et al., 1995, pp. 81, 82).

وهكذا فإن دراسة مختلف الأبعاد لكل من مثيرات المشقة الموضوعية والذاتية له أهميته عند بحث التباينات فى الآثار المترتبة على القائمين بالرعاية (مثل: مختلف مستويات الاكتئاب) حيث تمثل التباينات فى مصادر المشقة الذاتية التى يتعرضون لها أحد التفسيرات لهذا التباين. فعلى سبيل المثال فإن الباحثين الذين درسوا تأثير مرض ألزهيمر على عبء القائم بالرعاية، قد وجدوا أن أعراض المرض كمؤشرات موضوعية للمشقة فى الزوج المصاب بالعته لا ترتبط بالضرورة بعبء القائم بالرعاية، وانخفاض الرضا الزواجى، كما لا ترتبط بحجز الزوج المصاب بالعته فى مؤسسات الرعاية، مما يشير إلى أهمية العلاقة الحميمة بين الشريكين وخبرات العلاقة الزوجية بينهما (Wright,1991).

كذلك اهتمت دراسة أخرى ببحث مشاعر الغضب لدى القائمين برعاية مرضى ألزهيمر، كان هدفها فحص أسباب هذه المشاعر الغاضبة لدى عشرين سيدة قمن برعاية مرضى ألزهيمر، بمركز للطب النفسى للمسنين، ومساندتهم نفسياً لمدة ثلاث سنوات، فتبين أن أكثر السلوك إغضابا لهن من مرضى ألزهيمر كان السلوك العدوانى، يليه النوم المتقطع، ثم التكرار الدائم للسلوك اللفظى (Tabak, N., Ehrenfeld, M. & Alpert, R., 1997).

أمـا عن تعـايش القـائمـين بالرعـاية الأزواج مع مـثيـرات المشـقـة الموضـوعـيـة لدى الزوج المصـاب بالعتـه، فـقـد ذكـر «رايت» Wright أن الزوجـات القـائمـات بالرعـاية يتـورطن انفـعـاليـاً فى الرعـاية أكثـر من الأزواج الذكور القـائمين بالرعـاية، ولكن فى المراحل المتأخـرة من مرض الزوج، فإن السـيدات، مثلهن فى هذا مثل الرجال يتبنون أنماط تعايش أدائية أكثر (Ibid).

كمـا قام كل من «فيتـاليانو» Vitaliano وزمـلائه (١٩٩١) بتقدير (٧٩) زوجاً من الأزواج القـائمين برعـاية شـريك حيـاتهم المصـاب بالعتـه فى وقتين مـختلفـين يفصل بينهما١٥ - ١٨ شهراً. وقد استخدموا نسخة مـعدلة من قـائمـة طرق التـعـايش[٢٣]. وقـد وجـدوا عـلاقـة سلبـيـة بين إسـتراتيـجيـة واحدة أثرت على العبء فى البـداية وفى التقـدير التالى وهى عد النعم التى يتمتع بها الفرد وهى تعد اسـتراتيـجيـة وجدانية تنظم المشاعر فى مقابل الاستراتيجيات الموجهة للمشكلة (مثل: مقارنة الذات بالأشخاص الأقل حظاً) (Kneebon, & Martin, 2003).

أيضـا عنـى «رايت» (١٩٩٤) فى دراسـة طولية ببـحث التـعـايش فى أزواج قـائمـين بـالرعـاية (ن = ٣٠) لمرضى ألزهـيـمـر. كـمـا تضـمـنت الدراسـة٣٤ مـبـحـوثاً (١٧ زوجـاً) أصـحـاء من الفـئـة العـمـرية ذاتهـا كمجموعة ضابطة. وبعد سنتين من المتابعة درس الباحثون التعايش لدى ثلاث فئات من القائمين بالرعـاية، وهم: القـائمون بالرعـاية الذين اسـتـمـروا فى تقـديم الرعـاية بالمنـزل (ن= ١٢) والأزواج الذين ترملوا (ن=٨) والأزواج الذين قـامـوا بحـجـز أزواجهم فى دور الـرعـاية (ن= ٧) وذلك من خلال مقياس جالويس للتعايش [٢٤]، ووجدوا أنه بالنسبة لمن

استمروا فى تقديم الرعاية فى المنزل لم ترتبط استراتيجيات التعايش عند خط الأساس (عند القياس الأول) بالنواتج الصحية عند المتابعة. أما بالنسبة لمن تغير دورهم من تقديم الرعاية فى المنزل إلى تقديم الرعاية فى مؤسسة الرعاية، فقد ارتبط التعايش عن طريق المواجهة [٢٥] (ويعنى، محاولة تغيير الموقف بإيجابية) بشكل جوهرى بمزاج مكتئب عند المتابعة، و بالنسبة للأزواج المترملين، فإن استخدام استراتيجيات التعايش المسكنة[٢٦] (وهى الاستراتيجيات المعرفية التى تهدئ الانفعالات السلبية) ارتبط بمزاج مكتئب ونواتج صحية ضعيفة بدرجة مرتفعة عند خط الأساس، وعند المتابعة أيضاً (Ibid).

وننتهى من عرضنا للدراسات السابقة إلى عدد من الخلاصات العامة نجملها فيما يلى:-

١- أشارت الدراسات الطولية التى تمت فى مجال المشقة والتعايش بين القائمين برعاية مرضى العته إلى أن مثيرات المشقة الموضوعية التى يواجهها القائم بالرعاية تختلف باختلاف مراحل العته فعلى سبيل المثال، فى المراحل المبكرة، يواجه القائمون بالرعاية مشكلات مثل رعاية نشاطات الحياة اليومية الآدائية (مثل: الأمور المالية، والتسوق، والقيادة) و فى المرحلة الوسطى من العته، يواجه القائمون بالرعاية مريضًا مضطربًا وخطيرًا، و يتطلب إشرافاً مستمرًا للتأكد من جعله فى وضع آمن، وقد تبدأ مشكلات الرعاية الذاتية فى الظهور، مثل الإطعام واللبس. وفى المرحلة الأخيرة من العته، يتحمل القائم بالرعاية مهام الرعاية التمريضية الثقيلة، فعلى الرغم من قلة المشكلات السلوكية المضطربة، فإنه على القائمين بالرعاية

اكتساب مهارات جديدة مثل تجنب إصابة المريض بقرح الفراش، وإطعام المريض العاجز كلياً. ومع اقتراب المريض من الموت يكون على القائمين بالرعاية التعايش مع خبرة الموت التى تعد الخبرة الأخيرة المثيرة للمشقة لديهم (Haly, 1989).

٢- أشارت نتائج الدراسات الطولية التى عنيت ببحث أهم مصادر مشقة القيام بالرعاية، إلى أن الاضطرابات السلوكية للمريض تعد أكثر مشكلات المريض إثارة للغضب والضيق لدى القائمين بالرعاية.

٣- أدت بنا دراسة «فيتاليانو» وزملائه ـ التى أشارت إلى وجود علاقة سلبية بين استراتيجية عد النعم «كاستراتيجية انفعالية» و بين العبء ـ إلى إعادة النظر فى نتائج الدراسات التى أشارت إلى أن الاستراتيجيات الانفعالية استراتيجيات غير توافقية، فقد استخلصت هذه النتائج من دراسات استخدمت قياسات للتعايش تتكرر فيها بنود مشبعة بعامل الشعور بالمعاناة النفسية كاستراتيجية انفعالية (مثل: أصبحت متوتراً (مما يسهم جزئياً فى الارتباطات الإيجابية التى نجدها بين التعايش الموجه للانفعال والمشقة الانفعالية. كذلك فإن عدم التمييز بين مكونات استراتيجيات التعايش الموجه إلى الانفعال فى المقاييس المستخدمة يؤدى إلى نتائج مضللة، حيث قد تعود النتائج السلبية إلى تشبع المقاييس بعامل التجنب الانفعالى أكثر منه بعامل الاقتراب الانفعالى (Stanton, Franz, 1999, pp. 97-98)

٤- بالأخذ فى الاعتبار ما ذكره "رايت" فى الدراسة المشار إليها سابقاً (١٩٩١) بأن اختلاف نواتج الرعاية بالنسبة للقائمين بالرعاية تعود

إلى أنهم يواجهون مشكلات مختلفة، فإن دراسة «رايت» تدعم وجهة النظر القائلة بأن استراتيجيات التعايش المختلفة تختلف كفاءتها وفقا لظروف المريض والقائم و ليس فقط توقيت التعايش (مرحلة العته)، وهذا يعنى أنه يجب أن نأخذ فى اعتبارنا المشكلات النوعية والاستراتيجيات النوعية الخاصة بهذه المشكلات التى يستخدمها القائمون برعاية مرضى العته، الأمر الذى يتفق مع ما تقترحه نظرية «لازاروس و فولكمان» (١٩٨٤).

وفيما يلى نعرض الدراسات التى أخذت فى اعتبارها هذه الوجهة من النظر فى دراستها للمشقة والتعايش لدى القائمين برعاية مرض العته.

ثالثاً : الدراسات التى راعت خصوصية مثيرات المشقة و التعايش معها لدى القائمين بالرعاية

لم تستطع كل الدراسات التى عرضناها أن تحقق نموذج «لازاروس وفولكمان» (١٩٨٤)، حيث فشلت فى إثبات أن استراتيجيات التعايش تكون توافقية فى مواقف خاصة وفقاً لطبيعة مثير المشقة؛ بحيث أهملت أهمية خصوصية الموقف من حيث طبيعة استراتيجيات التعايش المستخدمة فيه و المشكلات التى يواجهها القائمون بالرعاية فى الموقف.

وقد تمثل هذا الإهمال فى استخدام مقاييس عامة للتعايش (أى لا تخص تعايش القائمين بالرعاية بشكل خاص)، وهذا يفيد فى مقارنة نتائج مشقة و تعايش القائمين بالرعاية بدراسات المشقة و التعايش فى مجالات أخرى. إلا أن ثمة إشكالية تظهر حول جدوى استخدام

مقاييس خاصة بمجتمع الدراسة الحالية وهم (القائمون بالرعاية) وبشكل أدق القائمون برعاية مرضى العته، وبالمشكلات التى تواجههم. هذه الإشكالية التالى ناقشها «ستيد» Steed، (١٩٩٨) وذكر أنها لم تحسم بعد فى مجال دراسة تعايش القائمين بالرعاية. ولهذا حاولت عدة دراسات استخدام مقاييس تعايش خاصة بالرعاية. فعلى سبيل المثال، استخدم «برونكو» Pruncho و«ريتش» Resch (١٩٨٩) مقياساً للتعايش أعد خصيصاً لتقدير القائمين برعاية مرض العته فى عينة كبيرة (عددها ٣١٥٠٠) حيث طلب من المبحوثين أن يشيروا إلى عدد المرات خلال الشهر الماضى الذى استخدمت فيه كل استراتيجية فى التعامل مع مشقة الرعاية، وقد وجدوا أن الاستراتيجيات الموجهة للانفعال، (مثل: التمنى، كتمنى الفرد أن يكون أقوى)، والاستراتيجيات الداخلية النفسية[٢٧] (مثل: أحلام اليقظة) قد ارتبطت سلبيا بمعظم مقاييس التوافق، بينما لاحظوا أن القبول ارتبط إيجابيا بالتوافق، وكذلك استراتيجيات حل المشكلات الآدائية[٢٨] ارتبطت إيجابيا بمقياس الوجدان الإيجابى[٢٩] .

وقد استخدم كل من «هنرتشن» Hinrichsen و«ندره» Nidereh (١٩٩٤) منحى مزدوجاً لقياس استراتيجيات التعايش لدى ١٥٢ قائمًا أساسيًا برعاية مرضى العته وذلك من خلال قائمة خاصة بحل مشكلات رعاية مرضى العته، وكذلك من خلال إضافة ٣٤ بنداً جديداً لمقياس يقيس التعايش بشكل عام[٣٠]، حيث قدر المبحوثين مدى استخدامهم لاستراتيجيات التعايش الخاصة خلال الشهر الماضى. وقد وجدوا أن استراتيجيات إدارة مرضى العته قد استقطبت جزءاً كبيراً من التباين

فى التوافق الانفعالى، وأن استخدام استراتيجيات التعايش الإيجابية (مثل: تشتيت انتباه القائم بالرعاية عندما يكون المريض مكتئباً)، والنقد (مثل: لوم مريض العته). ارتبط بعبء أكبر، بينما ارتبط التشجيع (مثل مدح المريض عندما يقوم بعمل مناسب) بعبء أقل ورغبة أقل فى إقامة المريض فى المؤسسات.

أما بالنسبة لمقاييس التعايش التقليدية، فقد حصل «هرنتشن وندره» (١٩٩٤) على نتائج تشبه الدراسات الأخرى حيث وجدوا أن استخدام التعايش التجنبى ارتبط بتزايد العبء، بينما ارتبط التعايش المعرفى الإيجابى بتناقص العبء، أما التعايش السلوكى الإيجابى فقد ارتبط إيجابيا بتزايد العبء. وحيث لم تذكر الدراسة أى استراتيجية ارتبطت بأى مشكلة تحديداً، فإنه يصعب تفسير النتائج الخاصة بالتأثير السلبى للتعايش السلوكى الإيجابى على القائم بالرعاية، كما يصعب تجاهل نتائج الدراسات السابقة والتى أشارت إلى فوائد حل المشكلات. هذا وقد يمثل جزء من التفسير لتلك النتائج، الطبيعة المتدرجة للعته، وأن فائدة حل المشكلات. تعتمد على مرحلة العته ومشكلاتها كما سبق أن ذكرنا (Ibid).

كما استخدم كل من «جالافر» Gallapher، و «واجينفيلد» Wagenfield و«بارو» Baro و«هيوبرس» Hoepers (١٩٩٤) مقياس «برلين وزملائه» للتعايش الخاص بالقائمين بالرعاية، حيث درسوا متغير الحمل الزائد للدور فى مجموعتين من القائمين بالرعاية، أحداهما تقوم برعاية مريض عته (ن = ٥٥) والأخرى تقوم برعاية شخص لديه مرض مزمن آخر غير العته (ن=٧١).

ويتكون مقياس برلين من ثلاثة أبعاد هى: إدارة المعنى[٣١] (مثل: محاولة الاحتفاظ بروح الفكاهة)، وإدارة الموقف[٣٢] (مثل : إيجاد طرق لشغل وقت مريض العته)، وإدارة أعراض المعاناة الانفعالية (مثل: شرب الكحوليات) ووجد هؤلاء الباحثون أن إدارة المعنى قد ارتبطت سلبيا بالحمل الزائد للدور فى القائمين برعاية مريض العته، بينما لم يوجد تأثير لإدارة المعنى فى المجموعة الأخرى. كما وجدوا أن استراتيجية «ترك الأشياء كما هى[٣٣]» خلال بُعّد إدارة الموقف ارتبطت إيجابياً بالشعور بالحمل الزائد، وكذلك تناول الأدوية خلال بعد إدارة المشقة (المعاناة) الانفعالية وذلك لدى كلتا المجموعتين (Kneebone,& Martin, 2003).

كذلك استخدم «سعد» Saad وآخرون (١٩٩٥) مقياس «برلين وزملائه» (١٩٩٠)، وبحث عينة بلغت ١٠٩ قائماً برعاية مريض عته بسيط أو متوسط، من بينهم ٦٢ قائما بالرعاية يعيشون مع مرضاهم. واستخدموا ذات المقياس الذى استخدمه «جالفر وزملاؤه» (١٩٩٤) وهو مقياس الاكتئاب[٣٤] كمؤشر لقياس توافق القائمين بالرعاية، وقد وجدوا أن القائمين بالرعاية الذين يستخدمون استراتيجية «ترك الأشياء كما هى» خلال بُعد إدارة الموقف ـ وتعنى أنهم يفعلون فقط الأشياء التى يجب عليهم أن يفعلوها و يتركن الأشياء الأخرى كما هى ـ كانوا أكثر اكتئابا بينما من استخدموا استراتيجية إدارة المعنى لفهم دلالة المرض كانوا أقل اكتئابا. وتشبه هذه النتائج ما توصل إليه «جالفر»، إلا أنهم وجدوا أن استراتيجيات التعايش الإيجابية كمحاولة القائم بالرعاية توجيه سلوك المريض، قد ارتبطت بدرجة منخفضة من

الاكتئاب، ولم يحصلوا على تأثير خاص للاستراتيجيات السلبية لإدارة المشقة، بينما وجد «جالفر وزملاؤه» (١٩٩٤) كما سبق أن ذكرنا ارتباطات إيجابية بين استراتيجية تناول الأدوية كاستراتيجية سلبية والشعور بالحمل الزائد للدور(Ibid).

ومن الدراسات التى اهتمت ببحث أهم مصادر المشقة لدى القائمين برعاية مرضى العته، دراسة جعلت هدفها أن تصف القائمين بالرعاية الذين يشعرون بعبء نفسى، حيث عرف العبء فى موقف القائم بالرعاية فى هذه الدراسة على أنه يحتوى على كثير من الأبعاد التى تسهم فى شعور القائم بالرعاية بالمشقة (كالشعور بالعبء الزائد واليأس و العجز عن التعايش) كما عرف الاحتراق النفسى على أنه عملية تمثل خبرة نفسية سلبية، أهم ملامحها المعاناة من التعب الجسمى والانفعالى و العقلى، بالإضافة إلى وجود مجموعة من الأفكار والتوقعات المستقبلية الناجمة عن المشقة المزمنة. هدفت تلك الدراسة إلى فحص ٤٦ قائما برعاية مرضى عته من أقاربهم وتمت مقابلتهم بهدف وصف المشقة النفسية التى يعانون منها، وقد تبين أن أكثر مصادر المشقة شيوعًا لديهم هى: مشكلة الذاكرة، فقد كانت خبرة فقدان القدرة على التواصل مع مرضى العته و عجز المريض عن إدراك معاناة القائم بالرعاية ـ بسبب مشكلات الذاكرة واللغة ـ من أكثر الخبرات إثارة لاكتئاب القائم بالرعاية. ويليها التغيرات المفاجئة لسلوك مريض العته كالغضب والشك، والمقصود هنا السلوك الذى يظهر فجأة دون سبب ويصعب مواجهته. وأخيرا خبرة مشاعر الفقدان، فهم يفقدون من يحبونهم من مرضى العته، كما يتعرضون

لدور جديد بالنسبة لهم هو دور الحماية والرعاية، فالابنة تؤدى دور الأم، كما تأخذ الزوجة دور الأم بالنسبة لزوجها (Almberge, B., Grafstron, M., & Winblad, B., 1997)

كما حصل الباحثون على نتائج شبيهة بتلك النتائج التى وجدت فى الدراسات العرضية، حيث وجدوا أن هؤلاء الذين كانوا فى المجموعة التى تشعر بعبء واحتراق نفسى كانوا يستخدمون الاستراتيجيات الموجهة للانفعال (كالحزن، والقلق، واتهام الذات) كما وجدوا أنهم الوحيدون الذين يستخدمون التفكير التفاؤلى، والذى يعنى أن القائم بالرعاية يتمنى أن ينتهى الموقف أو المشكلة بنتائج إيجابية. و كذلك يستخدمون اللامبالاة كاستراتيجية، أما القائمون بالرعاية فى المجموعة (ب) الذين لا يخبرون عبئاً أو احتراقا نفسيا، فقد كانوا يستخدمون الاستراتيجيات الموجهة للمشكلة)كمواجهة المشكلة، والبحث عن المعلومات، والبحث عن المساندة الاجتماعية). ومن النتائج المثيرة للاهتمام أن القائمين بالرعاية فى المجموعة (ب) كانوا يستخدمون من الاستراتيجيات الموجهة للانفعال استراتيجية القبول جنبا إلى جنب مع استراتيجية البحث عن المعلومات، والبحث عن المساندة الاجتماعية. و هكذا يبدو أن استخدام أكثر من اتجاه وأكثر من استراتيجية يعد اختيارا فعالاً. كما تبين وجود اختلاف بين الجنسين فى استخدام استراتيجيات معينة للتعايش، فالإناث كن أكثر ميلاً لاستخدام الاستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال، بينما كان الذكور أكثر ميلا لاستخدام الاستراتيجيات الموجهة نحو المساندة الاجتماعية و البحث عن الحل (Ibid).

كما استخدم «مكى» Mckee وآخرون (١٩٩٧) مقياس طرق التعايش المعدل، لكنه أضاف إليه مقابلة مفتوحة النهاية لتقدير التعايش، قام بتصنيفها وفقاً لنموذج «لازروس» و «فولكمان» للتعايش (١٩٨٤)، وقد تكونت عينة الدراسة من ٢٢٨ قائماً بالرعاية مقيمين فى المجتمع، يساندون مرضى عته، وقد وجدوا أنه بغض النظر عن تشخيص العته، فإن القائمين بالرعاية الذين استخدموا استراتيجية حل المشكلات حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس نواتج الرعاية المستخدم فى الدراسة، وكذلك فى التقدير الكلى للتعايش فى المقابلة المفتوحة (Kneebon,& Martin, 2003).

كما نجد أن أغلب دراسات تعايش القائم بالرعاية قد فشلت فى أن تأخذ فى اعتبارها خصوصية مثير المشقة. فغالباً ما كان يسأل الباحثون المبحوثين عن تعايشهم مع مشقة الرعاية بشكل عام (Haley,1987) أو أن يستدعوا موقفاً خاصاً يقيمه القائمون بالرعاية على أنه مثير للمشقة، الأمر الذى يتنافى مع منظور «لازاروس وفولكمان» الذى يشير إلى تنوع استراتيجيات التعايش واختلاف كفاءتها باختلاف المشكلات الخاصة. وقد يرجع ذلك إلى صعوبة حصر مشكلات الرعاية الخاصة ووضعها فى الاعتبار لتعددها، فعلى سبيل المثال، مشكلة واحدة مثل التجوال، فهى تمثل مشكلات مختلفة لدى القائمين بالرعاية؛ فالمشى فى الطريق يختلف عن المشى حول المنزل، ومع ذلك فإن الفروق الضخمة فى كفاءة استراتيجيات التعايش مع المشكلات المختلفة تدعم فائدة الاهتمام بدراسة التعايش مع مثيرات المشقة الخاصة (Kneebon,& Martin, 2003).

بمسح الإنتاج الفكرى النفسى السابق نجد أن بحثين فقط قد أخذا فى اعتبارهما مثيرات المشقة الخاصة بالرعاية، حيث أجرى «وليامسون» Williamson و«شولز» Schulz دراسة (١٩٩٣) هدفت الكشف عما إذا كانت الاستراتيجيات المرتبطة بمشقة أقل عندما تؤخذ مثيرات المشقة الخاصة بالرعاية فى الاعتبار هى ذاتها التى ارتبطت فى دراسات سابقة بمشقة أقل عندما لم تؤخذ مثيرات المشقة الخاصة بالرعاية فى الاعتبار. وحيث إن بعض الدراسات السابقة قد أشارت إلى أن التعايش الناجح مع المتطلبات الخاصة لرعاية مريض ألزهيمر يتطلب مهارات التعايش الناجح مع أى نمط آخر من أزمات الحياة بغض النظر عن مثير المشقة النوعى، فإنه يتوقع أن يرتبط التعايش الموجه للمشكلة أو التعايش الإيجابى بأعراض اكتئاب أقل، كما يتوقع أن يرتبط التعايش الموجه للانفعال بأعراض اكتئاب أكبر. ومع ذلك توقع باحثون آخرون أن يرتبط التعايش الموجه للمشكلة بأعراض اكتئاب أشد، وأن يرتبط التعايش الموجه للانفعال بأعراض اكتئاب أقل حيث إن كثيراً من المشكلات المرتبطة بالرعاية ليس لها حل.

استخدم الباحثان مقياسا للاكتئاب كمتغير تابع، وقاما بحساب معاملات الارتباط بينه وبين عشرة أبعاد للتعايش، ثمانية أبعاد منها من مقياس عام للتعايش، واثنين منها خاصين بالتعايش مع الرعاية. وقد ذكر المشاركون ثلاثة من مثيرات المشقة مثلت صعوبة لديهم خلال الشهر الماضى وهى: صعوبات الذاكرة لدى المريض، والعجز عن التواصل معه، و تدهور الشخص المحبوب، كما وجدا أن الأفراد الذين مثلت مشكلات الذاكرة صعوبة لديهم لم يختلفوا عن هؤلاء الذين لم

يختاروا هذا المثير فى العمر، أو مستوى الدخل، أو أعراض الاكتئاب أو درجات مرضى العته من أقاربهم كبار السن على مقياس فحص الحالة العقلية المختصر، كما أنهم قدموا مساعدة أقل على مقياس نشاطات الحياة اليومية، و نشاطات الحياة اليومية الآدائية.

وبالنسبة للقائمين الذين يتضايقون من العجز عن التواصل مع المريض كما فى الماضى، فلم يختلفوا عن هؤلاء الذين لا يتضايقون من ذلك فى العمر أو الدخل، أو معدل تقديم المساعدة فى نشاطات الحياة اليومية الذاتية أو نشاطات الحياة اليومية الآدائية، أو درجة مرضى العته على مقياس فحص الحالة العقلية المختصر، أو درجة اكتئاب القائم بالرعاية، وكذلك بالنسبة للمجموعة التى اختارت التدهور لشخص محبوب فلم يختلفوا فى المتغيرات نفسها، إلا أن القائمين بالرعاية كان لديهم مستوى اكتئاب أقل (Williamson, & Schulz, 1993).

وفيما يختص بالارتباطات بين أساليب التعايش المستخدمة والاكتئاب، فإن نشاطات الحياة اليومية لم تفسر أى تباين فى الاكتئاب بغض النظر عن استراتيجية التعايش المستخدمة أما بالنسبة للنوع فقد فسر جزءاً كبيراً من التباين بغض النظر عن نوع المشكلة. كما ارتبط التمنى إيجابيا بالاكتئاب فى تحليلات اضطراب الذاكرة وتدهور شخص محبوب وفقدان التواصل. أما بالنسبة للاسترخاء فقد ارتبط سلبيا بالاكتئاب فى تحليلات الذاكرة فقط. وبالنسبة للفعل المباشر فقد ارتبط إيجابيًا بالانفعال السلبى بين القائمين بالرعاية الذين سجلوا مشقة ترجع إلى العجز عن التواصل مع المريض كما فى

الماضى. أما القبول فقد تنبأ بأعراض اكتئاب أقل. وبالنسبة للقائمين الذين لديهم صعوبة فى التعايش مع تدهور شخص محبوب، فإن استخدام التكتم[٣٥] بكثرة ارتبط إيجابيا بالاكتئاب، وكلما وظف هؤلاء القائمين بالرعاية القبول والمساندة الاجتماعية انخفضت درجاتهم على الاكتئاب (Ibid).

وأخيراً أجرى «جيجنان» Gignan و «جوتلياب» Gottlieb دراسة (١٩٩٦) طلبا فيها من عينة من القائمين بالرعاية (ن=٥١) أن يحددوا مجالين من مثيرات المشقة والتى تشمل الأعراض السلوكية، أو المعرفية والحرمان الناتج عن العبء و يصفوا تعايشهم مع هذين المجالين. وذلك من خلال تحليل مضمون منظم لمقابلات أجريت معهم، استخلص منها الباحثان إحدى عشرة مجموعة ـ من ثلاث وخمسين فئة نتجت عن تحليل المضمون، واعتبرا أن أربع مجموعات منها تمثل أهمية خاصة و هى البحث عن المعنى، و النظرة الإيجابية للموقف[٣٦]، والإدارة اللفظية[٣٧] والكبت الانفعالى[٣٨] وذلك لأنها ارتبطت بتوافق القائم بالرعاية من خلال آدائهم على مقاييس للرضا عن الحياة وأعراض المرض النفسى، والصحة الجسمية المدركة. وقد وجدا أن العلاقة بين التعايش والتوافق تعتمد على فئة مثير المشقة. فقد ذكرا أن استراتيجية البحث عن المعنى (مثل: البحث عن معنى الموقف بالنسبة للشخص)، وكذلك، النظرة الإيجابية للموقف (مثل:التركيز على إيجابيات الموقف) قد ارتبطا بصحة أفضل فى مجال التعايش مع الحرمان الناتج عن دورهم كقائمين بالرعاية، كما ارتبطا سلبيا بأعراض المرض النفسى، أما فى مجال الأعراض السلوكية أو المعرفية،

فقد ارتبطت النظرة الإيجابية سلبيا بالصحة الجسمية، كما وجد أن الإدارة اللفظية (وتغطى استجابات مثل: الأوامر اللفظية التى توجه لمتلقى الرعاية وحتى تغيير و تجنب الموضوعات المثيرة للمشقة) قد ارتبطت بتزايد أعراض المرض النفسى و انخفاض الرضا عن الحياة بينما وجد أن الكبت الانفعالى ويتضمن فئات (مثل : الحد من التعبير الانفعالى) ارتبط بتزايد الرضا عن الحياة (Ibid).

تعقيب على الدراسات التى راعت خصوصية مثيرات المشقة وتعايش القائمين بالرعاية معها:

اقترح كثير من الباحثين أن العامل الرئيس فى تحديد كفاءة الاستراتيجية هو قابلية مثير المشقة للتغير، فوفقاً لهذه الوجهة من النظر فإن الاستراتيجيات التى تهدف إلى تغيير الموقف قد تقلل المشقة إذا كان الموقف قابلاً للتغير، ومن المحتمل أن تفشل إذا كان الموقف عسيراً غير قابل للتغير. وبالأخذ فى الاعتبار أن رعاية مرضى ألزهيمر قد تتضمن مواقف مثيرة للمشقة قابلة للتغير (مثل: عدم وجود وقت للذات) ومواقف غير قابلة للتغير (مثل: تدهور شخص محبوب) فإن كفاءة مختلف استراتيجيات التعايش سوف تختلف وفقاً لمثيرات المشقة الخاصة. ومن ثم،فإن النتائج المستخرجة من دراسات تعايش القائم بالرعاية تتسق مع الإنتاج النفسى السابق العام للمشقة والتعايش؛ فالقائمون بالرعاية الذين يستخدمون استراتيجيات حل المشكلات لديهم مشقة نفسية أقل، كما وجدت أعراض الاكتئاب بشكل أكبر بين القائمين بالرعاية الذين يستخدمون التمنى والتجنب وغيرهما من الاستراتيجيات الانفعالية إلا أن هذا النمط من النتائج،

ليس متسقاً على أى حال. فعلى سبيل المثال، نجد دراسة «هنرتشن وندره» (١٩٩٤) سابقة الذكر، حيث حصلا على ارتباطات إيجابية بين التعايش الإيجابى والعبء ويرجع ذلك إلى معالجة البحوث السابقة للرعاية كمثير مشقة وحيد بالإضافة إلى ذلك فإن اختلاف المقاييس المستخدمة لقياس التعايش جعلت مهمة المقارنة بين هذه الدراسات صعبة، وبناء على ما سبق فإن التصميم الأمثل لدراسة مشقة وتعايش القائمين بالرعاية هو إجراء بحوث طولية لمشكلات محددة خاصة بالقائم بالرعاية واستراتيجيات التعايش معها من خلال استخدام مقاييس خاصة بمشكلات الرعاية واستراتيجيات التعايش مع الرعاية (Kneebone, & Martin, 2003, Williamson & Schulz, 1993).

وبهذا تعد دراسة «وليامسون وشولز» الدراسة الوحيدة التى يمكن أن يعتمد عليها الإكلينيكيين بهدف مساعدة القائمين بالرعاية، حيث تشير إلى ارتباط استراتيجيات التعايش باكتئاب أقل أو أكثر وفقا لأشكال الرعاية الخاصة المثيرة للمشقة. ولكن تبقى مشكلة فى هذه الدراسة وهى افتقادها للبعد الطولى الزمنى الذى أشرنا سابقًا لأهميته، فنحن لا نحتاج أن نعرف فقط أى استراتيجيات تعايش أكثر كفاءة مع أى مشكلات؟ وإنما أيضا متى تكون الاستراتيجية أكثر كفاءة؟ (Op. Cit).

تعقيب عام :

١- نجد أن دراسات قليلة جدا قد عنيت ببحث خبرة مرضى العته الخاصة بالمشقة الناتجة عن الإصابة بالمرض وتعايشهم معه.

٢- يعد الإنكار الاستراتيجية الأكثر شيوعاً لدى مرضى العته وهناك استراتيجيات أخرى مثل لوم الذات والأوجاع الجسمية المتعددة.

٣- بوجه عام لا يوجد اتساق بين الدراسات التى عنيت بدراسة مشقة وتعايش القائمين برعاية مرضى العته. وقد يرجع عدم الاتساق هذا إلى:

(أ) اعتماد هذه الدراسات على النموذج التقليدى للمشقة والتعايش دون مراعاة التغير المستمر لهذه المتغيرات، كما أشارت إلى ذلك نظرية «لازراوس وفولكمان» (١٩٨٤).

(ب) إن أغلب هذه الدراسات قد تعاملت مع الرعاية كمثير مشقة وحيد مما يقلل من فائدة هذه البحوث لأغراض التدخل الذى يستهدف إدارة أعراض مرض العته.

(جـ) أغلب هذه البحوث لم يستخدم مقاييس استراتيجيات التعايش التى تخص مشكلة الرعاية، على الرغم من أن بعضها قد وفق فى ذلك.

٤- يرجح البحث فى مشقة القائمين برعاية مرضى العته أن كلا من مشكلة الذاكرة ومشكلة الاضطرابات السلوكية لمرضى العته يعدان من أكثر مصادر المشقة لدى القائمين برعاية مرضى العته.

٥- يركز البحث فى استراتيجيات تعايش القائمين بالرعاية على أمرين مهمين هما:

(أ) إن حل المشكلات وأسلوب التقبل أكثر فائدة مقارنة بأساليب التعايش الانفعالية .

(ب) أن كفاءة استراتيجية ما تعتمد على طبيعة مثيرات المشقة من حيث قابليتها للتغير وتقييمها.

وفى ضوء هذا التصور النقدى للبحوث السابقة فى موضوع رعاية مرضى العته برزت الحاجة إلى إجراء دراسة توظف نظرية عملية المشقة «لأنشنسل» وزملاؤه، ونظرية «لازاروس وفولكمان» الديناميتان كى تبحث العلاقات بين كل من مثيرات المشقة واستراتيجيات التعايش لدى مرضى عته من فئات متنوعة والقائمين على رعايتهم على حد سواء، كما راعت بحث مشكلات محددة للرعاية، وذلك من خلال استخدام مقاييس خاصة بمشكلات الرعاية واستراتيجيات التعايش معها لاختبار الفروض التالية:

رابعاً: فروض الدراسة

١- توجد فروق دالة بين مجموعتى مرضى العته البسيط والقائمين بالرعاية فى تقدير بعض مثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته وتشمل :

(أ) شدة الاعتمادية المتصلة بنشاطات الحياة اليومية.

(ب) شدة الاعتمادية المتصلة بنشاطات الحياة اليومية الآدائية.

(جـ) تقدير تكرار اضطراب الذاكرة.

(د) تقدير تكرار الاضطرابات السلوكية.

٢- هناك فروق بين مرضى العته البسيط والقائمين برعايتهم فى استخدام أنماط معينة من استراتيجيات التعايش مع مثيرات المشقة

الموضوعية لمرض العته، وفى معدل استخدام هذه الاستراتيجيات، وفى أكثر استراتيجيات التعايش استخداماً.

٣- هناك فروق بين مرضى العته البسيط الذكور والإناث فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته.

٤- هناك فروق بين مرضى العته البسيط الذكور والإناث فى استخدام أنماط معينة من استراتيجيات التعايش مع مثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته.

٥- هناك فروق بين القائمين برعاية مرضى العته البسيط الذكور والإناث فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته.

٦- هناك فروق بين القائمين برعاية مرضى العته البسيط الذكور والإناث فى شدة استخدام بعض أنماط استراتيجيات التعايش مع مثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته.

هوامش الفصل الرابع

(١) On-line and psych info data basc

(٢) Possible Alzheimer's Disease

* يشير الباحثون إلى أنه يوجد ثلاثة مستويات للتأكد من تشخيص مرض ألزهيمر هى: الزهيمر محتمل Alzheiner's disease prbable، والزهيمر ممكن، وألزهيمر مؤكد definite Alzheimer`s diseaseحيث يشير مستوى مؤكد إلى تشخيص مرض ألزهيمر بناءً على وجود أدلة فسيولوجية ناتجة عن تشريح المخ عقب وفاة المريض. كما يلزم وجود دليل على وجود عجز وظيفى فى الحياة اليومية، واضطراب فى الذاكرة، بالإضافة إلى اثنين أو أكثر من الاضطرابات المعرفية، لتشخيص ألزهيمر محتمل وذلك في غياب وجود مؤشرات لأمراض أخرى ، مثل : بعض حالات الخلط الحادة (Hamilton, 2000, p.171).

(٣) Negative symptoms in Alzheimers disease

(٤) Mini mental state examination

(٥) Cornel scale

(٦) Hygiene

(٧) Dementia rating scale

(٨) Recode of independent living (RLL)

(٩) Dellusions

(١٠) Suspiciousness

(١١) Extrapyramidal cells

Burden (١٢)
Objective burden (١٣)
Subjective burden (١٤)
Strian (١٥)
Psychological burnout (١٦)
Nocturnal disruptive behaviorals (١٧)
Regressive coping style (١٨)
Jaloice coping style (١٩)
Managing the meaning of the situation (٢٠)
Role captivity (٢١)
Loss of intimate exchange (٢٢)
Ways of coping checklist (٢٣)
The Jalweic coping scale (٢٤)
Confrontive coping (٢٥)
Palliative coping (٢٦)
Intrapsychic (٢٧)
Instrumental proplem solving (٢٨)
Positive affect (٢٩)
Health and daily living coping form (٣٠)
Managing of the meaning (٣١)
Managing of situation (٣٢)
Let things slide (٣٣)
Depression scale (٣٤)
Stoicism (٣٥)
Positive framing (٣٦)
Verbal management (٣٧)
Emotional deprivation (٣٨)

الفصل الخامس

الاضطرابات النفسية للعته والتعايش معها
دراسة ميدانية فى الثقافة المصرية

أولاً : الأهداف الرئيسية للدراسة

ثانيـــاً : المنهج والإجراءات

الفصل الخامس

الاضطرابات النفسية للعته والتعايش معها: دراسة ميدانية فى الثقافة المصرية

أولاً : الأهداف الرئيسية للدراسة

تهدف الدراسة الراهنة إلى المقارنة بين مرضى العته البسيط[١] أنفسهم من جهة والقائمين على رعايتهم من جهة أخرى فى تقديرهم لمثيرات المشقة الأولية [٢] (الأعراض الموضوعية لمرض العته) واستراتيجيات التعايش معها[٣] أو التصدى لها ومواجهتها، ومن ثم فهى تتبنى مجموعة من الأهداف تدخل جميعها فى إطار واحد هو خفض الخبرة بالمشقة النفسية لدى مرضى العته أنفسهم والقائمين برعايتهم، وتتحدد هذه الأهداف فيما يلى:

١- الكشف عن نوعية استراتيجيات التعايش التى يتبناها مرضى العته أنفسهم فى مقابل القائمين على رعايتهم للتخفيف من المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة لمرضى العته، وعن الطبيعة المزمنة له.

٢- وضع بعض التوصيات والمقترحات الإرشادية لمواجهة مصادر المشقة لدى مرضى العته.

ثانياً : المنهج والإجراءات

تتبع الدراسة الحالية المنهج الوصفى المقارن، نظراً لاعتماد الباحثة فى تقديمها للمتغيرات المستقلة على الوصف، وليس على التغيير العمدى، حيث تم انتقاء مبحوثين من كبار السن المصابين بالعته البسيط والقائمين على رعايتهم وتمت المقارنة بينهما فى متغيرات الدراسة موضع الاهتمام لإلقاء الضوء على تأثير نمط مسار الحياة (لدى المصابين بمرض العته فى مقابل القائمين برعاية هؤلاء المرضى)، كما تمت المقارنة بين الذكور والإناث داخل كل مجموعة على حدة. وعلى الرغم من الاختلاف الواضح بين عينتى الدراسة فى عدد من البيانات الوصفية مثل: العمر والمهنة ـ كما سيتضح من خلال وصف عينتى الدراسة ـ إلا أن الباحثة لم تستطع التحكم فى هذه المتغيرات نظراً لارتباطها بطبيعة كل عينة.

وفيما يلى نعرض لعناصر هذا المنهج:

١- التصميم البحثى ومتغيرات الدراسة :

تستخدم الدراسة التصميم البسيط على أساس وجود متغير مستقل واحد له نوعان*، فى كل تصميم بحثى وهما :

١- متغير نمط مسار الحياة لإجراء المقارنة بين مرضى العته البسيط والقائمين بالرعاية، وذلك فى التصميم البحثى الأول.

٢- متغير النوع لإجراء المقارنة بين الذكور والإناث، فى متغيرات الدراسة موضع الاهتمام داخل مجموعة المرضى أولا ثم داخل مجموعة القائمين بالرعاية ثانيا، وذلك للإجابة عن الأسئلة

والتحقق من الفروض التى طرحتها الدراسة كحلول مؤقتة لمشكلاتها.

بناءًا على التصميم السابق تمثلت متغيرات الدراسة الحالية كالتالى:

أولا: المتغيرات المستقلة

١- نمط مسار الحياة وله نوعان :

(أ) مسار المرض ويتمثل فى المرضى المسنين المصابين بالعته البسيط.

(ب) ومسار الرعاية ويمثله القائمون برعاية هؤلاء المرضى.

٢- متغير النوع (ذكور فى مقابل إناث).

ثانيا: المتغيرات التابعة

١- التقدير الذاتى لمثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته.

ويشمل التقدير الذى يقدمه مريض العته والقائم بالرعاية نفسه عن الشهر الذى يسبق التقييم حول:

(أ) تكرار حدوث الاضطرابات السلوكية لمرضى العته، ويعكس عدد مرات حدوث تلك الاضطرابات.

(ب) تكرار حدوث اضطراب الذاكرة لدى مرضى العته، ويعكس عدد المرات التى حدث فيها اضطراب الذاكرة.

(جـ) شدة الاعتمادية المتصلة بنشاطات الحياة اليومية لدى مرضى العته، وتعكس مدى اعتماد مريض العته على القائم بالرعاية فى نشاطات الرعاية الذاتية الأساسية مثل تناول الطعام، والاستحمام.

(د) شـدة الاعـتـمـادية المتـصلة بنشـاطات الحـيـاة اليـومـيـة الآدائيـة الصعبـة لدى مـرضـى العتـه، وتعكس مـدى اعـتـمـاد مـريض العتـه على القـائم بالـرعـاية فى نـشـاطات الحـيـاة اليـومـيـة الأدائيـة الصعبة، مثل تحضير الوجبات، والتصرف فى النقود.

٢- اسـتـراتيـجـيـات التـعـايش مع مـرض العـتـه، ويعكس التـقـدير الذاتى الذى يقـدمـه مـريض العـتـه والقـائم بالرعـاية عن مـدى اسـتـخـدام استراتيجيات متعددة للتعايش مع مرض العته وتشمل:

(أ) استراتيجيات التحليل المنطقى.

(ب) استراتيجيات إعادة التقييم الإيجابى.

(ج) استراتيجيات البحث عن الإرشاد والمساندة.

(د) استراتيجيات حل المشكلات.

(هـ) استراتيجيات التجنب المعرفى.

(و) استراتيجيات القبول.

(ز) استراتيجيات البحث عن مكافآت بديلة.

(ح) استراتيجيات الإفصاح الوجدانى.

٢- عينة الدراسة

أجريت الدراسة على عينة قوامها ٤٠ مبحوثاً، يمثلون مـرضى العته البسـيط، والقـائمين على رعـايتهم، وتم الحـصـول على تلك العـينة من العيـادة الخـارجيـة والقسـم الداخلى بقسـم طب المسنين بجـامعـة عين شـمس، والعيـادة الخـارجيـة بمركـز الطب النفسى بجامعـة عين شـمس،

والعيادة الخارجية بمستشفى بهمان بحلوان، والعيادة الخارجية بمستشفى المطار.

وتم توزيعهم على عينتين فرعيتين هما:

١- عينة مرضى العته البسيط كبار السن.

٢- عينة القائمين بالرعاية من أسرهم.

وقد روعى عند اختيار مرضى العته الآتى:

١- أن تنطبق عليهم محكات الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية لرابطة الطب النفسى الأمريكية (١٩٩٤). ويشترط أن يقوم بتشخيصهم وتحويلهم طبيب متخصص فى طب المسنين.

٢- تم انتقاء مرضى العته البسيط اعتمادًا على درجاتهم على مقياس فحص الحالة العقلية المختصر للمسنين، وهو من تصميم العالم "فولستين وزملاؤه" عام ١٩٧٥ وأعده للغة العربية محمد نجيب الصبوه عام ٢٠٠٢، حيث يتم تقدير مستويات شدة المرض فى ضوء ثلاثة مستويات، وفقا للتصنيف التالى: من ١٥ إلى ٢٤ ويمثلون مرضى العته البسيط، ومن ٥ إلى ١٤ ويمثلون مرضى العته المتوسط، ومن صفر إلى ٤ ويمثلون مرضى العته الشديد (Haley, 1989).

٣- أن تتضمن العينة فئات متنوعة من العته إلا أنه نظراً لأن تشخيص مرض العته تشخيصا نوعيا محددًا فى إطار الظروف العملية للدراسة الميدانية، وفى ضوء ما أسفرت نتائج عديدة من البحوث عن عدم وجود فروق دالة بين مرضى ألزهيمر ومرضى العته الوعائى عند دراسة الاضطرابات السلوكية لديهم Eriksson, S.,

(1996, p.444، فإن بيانات مرضى الفئات التشخيصية المختلفة تم دمجها.

٤- ألا يقل عمرهم عن ٥٥ عاماً، حيث أوضح «ستون» Stone (١٩٩١) أن عمر ٥٥ سنة يعد هو الحد الأدنى للشخص الذى يتلقى الرعاية فى الدراسات التى تهتم بدراسة متلقى الرعاية من كبار السن (Stone, R., 1991).

٥- تم استبعاد مرضى العته البسيط الذين لديهم صعوبات فى السمع لا تمكنهم من الإجابة عن بنود اختبارات بطارية الدراسة الراهنة.

وفيما يتعلق بعينة القائمين بالرعاية فقد روعى فيها الآتى :

١- التأكد من أن المبحوثين بالدراسة بالفعل قائمون بالرعاية من أسرهم (أو من أصدقائهم).

٢- أن يقوم القائم بالرعاية بالتواصل مع المريض على الأقل مرتين أسبوعيًا خلال الشهر السابق على إجراء البحث.

٣- أن يكون كل قائم بالرعاية مسئولاً عن قريب واحد فقط مصاب بالعته.

وفيما يلى نقدم وصفاً تفصيلياً لعينتى الدراسة:

١- عينة مرضى العته البسيط كبار السن:

فى ضوء ما أسفرت عنه بعض الدراسات السابقة فى المجال، التى تم الرجوع إليها ـ والتى كشفت عن أن عدد ٢٠ مبحوثاً يعد عددًا ملائما للحصول على نتائج ذات معنى احصائى عند دراسة الاضطرابات السلوكية لمرضى العته (Erikson, S., 1996) ونظرا لوجود

بعض الصعوبات العملية فى الحصول على مرضى العته البسيط مثل ندرة مبادرة الأسر لتوقيع الكشف الطبى على مرضى العته البسيط إلا فى حالتين، الحالة الأولى وجود شكاوى جسمية أخرى، أما الحالة الثانية فتتعلق بوجود أعراض سلوكية شديدة الوضوح كالأعراض الانتحارية أو التعرى أمام الآخرين، فقد اقتصرت عينة الدراسة على (٢٠) مبحوثاً، منهم (٧) من الذكور و(١٣) من الإناث، وقد تراوح المدى العمرى لهم من ٥٥ إلى ٨٢ سنة، بمتوسط عمرى قدره (٦٦) وانحراف معيارى قدره (٩,٨) سنة، (٨٠ %) منهم من الأميين، ولا يعملون جميعاً، و(٦٠ %) من الأرامل، كما تراوح الأداء الخاص بهم على مقياس فحص الحالة العقلية المختصر من ١٥ إلى ٢٤ درجة بمتوسط (٢٠) درجة، وانحراف معيارى قدره (٣,٣) درجة.

٢- عينة القائمين على رعاية مرضى العته البسيط:

تتكون من (٢٠) مبحوثاً، منهم (٨) من الذكور، و(١٢) من الإناث، وقد تراوح المدى العمرى لهم من ١٩ سنة وحتى ٧١ سنة، بمتوسط عمرى قدره (٤٢,٥٠) سنة وانحراف معيارى قدره (١٤) سنة، (٦٠ %) منهم من الأميين، يعمل (٥٥ %) منهم كعمال مهرة ونصف مهرة**، و(٧٠ %) منهم متزوجون.

ويلاحظ أن الزوجة والابنة كانتا أكثر القائمين برعاية مرضى العته فى عينتنا، مما يتفق مع ما تشير إليه الدراسات السابقة (Zarit, et al, 1998).

٣- مراحل إعداد أدوات الدراسة ووصفها

تضم الأدوات المستخدمة فى هذه الدراسة بطاريتين، تمثل البطارية الأولى مجموعة الاختبارات النفسية الخاصة بمريض العته، وتمثل

البطارية الثانية مجموعة الاختبارات النفسية الخاصة بالقائم بالرعاية، وتجدر الإشارة إلى أن البطاريتين متطابقتان من حيث المضمون وعدد البنود إلا أن البطارية الأولى يتم فيها التقدير من وجهة نظر مريض العته، ويتم التقدير فى البطارية الثانية من وجهة نظر القائم بالرعاية.

وقد شملت الأدوات المستخدمة فى هذه الدراسة ما يأتى:

١- الاختبارات الخاصة بالتقدير الذاتى لمثيرات المشقة الموضوعية الناتجة عن الإصابة بمرض العته.

٢- قائمة استراتيجيات التعايش.

وصف الاختبارات فى صورتها الأولى:

١- الاختبارات الخاصة بالتقدير الذاتى لمثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته، وتضم:

(أ) استخبار تقدير الاضطرابات السلوكية لدى مرضى العته لاتحاد هيئات تأسيس سجل لمرضى ألزهيمر[٤].

الصورة الأصلية للاختبار:

صَممَّ هذا الاستخبار من قبل اتحاد هيئات لتأسيس سجل لمرضى ألزهيمر، (١٩٨٩)، وأدخلت تعديلات نهائية عليه (١٩٩٢)، وذلك بواسطة مجموعة من الباحثين من سبعة عشر مركزا طبيا فى الولايات المتحدة الأمريكية.

وقد صمم الاستخبار لفحص مصدر المعلومات (القائم بالرعاية) عن مريض العته. وقد اعتمد فى تصميمه على البنود التى اقترحها كل

من «باترســون» Paterson و «مــاك» Mack و «وينـر» Weiner بصــفــة خــاصــة، وبالاســتــعــانة بعــدد من المقــاييس الســابقــة للاضطرابات السلوكيـة. فقـد صمم الاسـتـخبـار لكى يفـحص المشكلات السلوكيـة والطبـيـة النفسـيـة للمبـحوثين الذين لديهم أو مشكوك فى أن لديهم اضطرابات معـرفيـة وللاسـتـخدام خصـيصـاً مع مـرضى العتـه. وقد نظمت بنود الاسـتـخبـار بحيث تتعامل مع المظهر السلوكى ذاته ويتكون من ٤٧ بنداً، تقيس مدى واسعاً من المشكلات السلوكيـة والاضطرابات مثل التغيـرات المزاجية، والخمول، والقلق، والتهيج، والعدوان، وبعض الأعـراض الذهـانيـة كالهلاوس، والضلالات، وتكرار الأسئلة والأفعال، والتجوال (Tariot, P.N.etal., 1995) .

وهو يتكون من ثمانية مقاييس فرعية هى:

١- **الاكتئاب**، ويقصد به جمع معلومات عن المظاهر الاكتئابية مثل المزاج السيئ، والأفكار عن الموت، وفقدان المبادرة لدى مريض العته خلال الشهر الماضى كما يقدرها القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام: ١، ٢، ٣، ٤، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٣، , ١٨

٢- **المظاهر الذهانية**، ويقصد بها جمع معلومات عن تقييم المريض الخاطئ لدقة إدراكاته وأفكاره واستنتاجاته الخاطئة عن العالم الخارجى خلال الشهر الماضى، كما يقدرها القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام: ٢١، ٢٢، ٢٣، ٣٦، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٦ .

٣- **سوء تنظيم الذات**، ويقصد به جمع معلومات عن مظاهر متعددة من السلوكيات المزعجة مثل محاولة مغادرة المنزل، والسلوك غير اللائق اجتماعيا، وتغير الوزن، وعدم الشعور بالراحة، وعدم

التعاون،والإيذاء اللفظى للآخرين، والعدوان الجسمى، وكذلك عدم التعرف على الناس والأعراض الجسمية للقلق، والشك وذلك خلال الشهر الماضى كما يقدرها القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام: ٢، ١٧، ٢١، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٤، ٣٥، ٤٤ .

٤- **الاستثارة والهياج** ,ويقصد بهما تكرار حدوث الإشارات القابلة للمشاهدة العيادية وتعكسا المشقة الانفعالية، مثل التعليقات اللفظية، والتغيرات الوجهيه أو الإيماءات والإيذاء اللفظى أو البدنى للذات أو للآخرين ورفض قبول مساعدة الآخرين، كما وجدت لدى مريض العته خلال الشهر الماضى، وفقًا لتقدير القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام : ٢ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٣٠، ٣٢ .

٥- **مظاهر التعب العام**، ويقصد به تكرار ظهور مظاهر الخمول التى تجعل مريض العته شبيه بالنبات[٥] فلا ينام أو يجد صعوبة فى النوم. وتتغير شهيته للطعام، ورغبته فى الجنس، ويفتقد إلى الطاقة، وذلك كما وجدت لدى مريض العته خلال الشهر الماضى، وفقا لتقدير القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام: ١٢، ١٤، ١٥، ١٦، ١٨.

٦- **التبلد**، ويقصد به تكرار حدوث مظاهر فقدان الاهتمامات والاستمتاع والانسحاب الاجتماعى وفقدان الطاقة التى وجدت لدى مريض العته خلال الشهر الماضى، كما يقدرها القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام: ١٠، ١١، ١٢، ٣٣ .

٧- **العدوان**، ويقصد به تكرار حدوث مظاهر العدوان اللفظى والجسمى، والتغير المفاجئ فى الانفعالات واعتقاد مريض العته أن

شريك الحياة يتآمر على هجره خلال الشهر الماضى، وفقا لتقدير مريض العته أو القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام: ١٩، ٣٠، ٣١، ٣٧ .

٨- **التقلب الانفعالى**، ويقصد به تكرار حدوث مظاهر عدم الاستقرار الانفعالى مثل البكاء، والتغيرات المفاجئة فى الانفعال، والحزن، وحالات الخلط لدى مريض العته خلال الشهر الماضى، كما يقدرها القائم بالرعاية. ويضم البنود أرقام: ٣، ٥، ١٩، ٢٤ .

ويعتمد حساب الدرجة على كل بند على التكرار وليس على الشدة، بسبب انخفاض ثبات قدرة مريض العته والقائم على رعايته على تقدير شدة محددة لكل عرض على حدة، كما رأى مؤلفوا الاستخبار أن التكرار أكثر موضوعية من الشدة (Ibid, Mack, J.L.. & Patterson, M.B., 1993, p.4)

وعند تطبيق الاستخبار كان يسأل المبحوث عن تكرار السلوك على كل بند من البنود وفقاً للبدائل الآتية:

صفر ـ لم يحدث السلوك مطلقا منذ بدء المرض.

١- حدث مرة أو مرتين خلال الشهر الماضى.

٢- حدث من ثلاث إلى ثمانى مرات فى الشهر الماضى.

٣- حدث من ٩-١٥ مرات خلال الشهر الماضى.

٤- حدث أكثر من ١٥ مرة خلال الشهر الماضى.

٨- حدث السلوك منذ بدء المرض ولكنه لم يحدث مطلقًا فى الشهر الماضى.

٩- غير قادر على التقدير.

ويوجد ثمانية بنود فقط لا تتطلب تقديرات للتكرار حيث يجيب عنها المبحوث بـ (صفر) لا أو (١) نعم وهى البنود أرقام: ١٠، ١١، ١٤، ١٦، ١٧، ١٨، ٢٤، , ٣٤ حيث إن تقدير التكرار عليها غير مفيد ولا يتطلب الأمر أن نشرح للمبحوث أن هذه البنود مختلفة. مثل: هل اكتسب أو فقد وزنا بدون أن يقصد ذلك، فى الشهر الماضى؟

كيفية حساب الدرجات الفرعية والكلية:

تمثلت درجة المبحوث على كل مقياس من المقاييس الفرعية فى حاصل جمع درجاته على مقياس تكرار حدوث السلوك، عدا التكراران ٩,٨ ـ حيث يشيران لحالتين مختلفتين سواء لحالة المرض وتذبذبه كما فى ٨، أو عجز المريض أو القائم بالرعاية عن التقدير كما فى ٩، ومن ثم فقد أعطى لهما رمزين مختلفين عن البدائل الأولى المنتظمة ـ ومن ثم فإن أقصى درجة على الاستخبار الكلى هى (٣٩ بنداً × ٤) + (٨ بنود×١) = (١٦٤) (Ibid, p.5, Patterson, M.B., et al., 1997).

وقد قامت الباحثة الحالية بالخطوات التالية لإعداد المقياس للغة العربية:

١- الترجمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

٢- الترجمة العكسية من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية وذلك للتأكد من سلامة الترجمة.

٣- والتصحيح اللغوى للترجمة العربية.

وقد أسفرت هذه الإجراءات عن التأكد من سلامة الترجمة والتدقيق اللغوى للترجمة العربية. كما أعدت الباحثة استخباراً يقدره

مريض العته على غرار هذا الاستخبار وذلك بهدف الحصول على تقدير كمى للاضطرابات السلوكية لدى مريض العته من منظور المريض ذاته.

الاختبار فى صورته النهائية:

بناء على تجربة صدق الاتفاق (عبر استطلاع آراء المحكمين)، والتجربة الاستطلاعية على الاختبار فى صورته التمهيدية، تم القيام بالخطوات التالية:

١- إدخال بعض التعديلات فى صياغة البنود بصورة تجعلها أكثر وضوحا ودقة وسهولة فى الفهم والاستيعاب.

٢- تعديل تكرارات السلوك على كل بند من بنود الاختبار كالتالى:

- لم يحدث السلوك مطلقا خلال الشهر الماضى. وتأخذ درجة ١ .
- حدث مرة أو مرتين خلال الشهر الماضى. وتأخذ درجة ٢ .
- حدث من ثلاث إلى ثمانى مرات فى الشهر الماضى. وتأخذ درجة ٣.
- حدث من ٩-١٥ مرة خلال الشهر الماضى. وتأخذ درجة ٤ .
- حدث أكثر من ١٥ مرة خلال الشهر الماضى. وتأخذ درجة ٥ .

أما البنود الثمانية التى لا تتطلب تقديرات للتكرار فيجيب عنها المبحوث بـ (١) لا أو (٢) نعم. وبالنسبة للتقديرين ٨ (حدث السلوك منذ بدء المرض لكنه لم يحدث خلال الشهر الماضى)، ٩ (غير قادر على التقدير) فيأخذا درجة (١)، فقد رأى أ.د. محمد نجيب الصبوة أن هذين التقديرين للتشخيص العيادى فقط وليس للبحث العلمى

ويشيران إلى أن السلوك لم يحدث خلال الشهر الماضى، ومن ثم فإن أقصى درجة على الاستخبار الكلى هى (٣٩×٥) + (٨×٢) = ٢١١.

٣- تم وضع كل بند على بعد واحد فقط وأدمجت الأبعاد المتشابهة فى المفهوم لتقليل التداخل بين الأبعاد فنتج عن ذلك وجود ثلاث فئات كبرى من الاضطربات يندرج تحت كل منها عدد من الفئات الفرعية، وهى:

١- فئة الاضطرابات المزاجية، وتشمل:

(أ) **الاكتئاب**، ويقصد به تكرار حدوث المظاهر الاكتئابية مثل المزاج السيئ، والأفكار حول الموت، وفقدان المبادرة لدى مريض العته كما يقدرها مريض العته أو القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام: ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٦، ١٧، ٣٢، ٣٣ .

(ب) **القلق**، ويقصد به تكرار حدوث المظاهر التى تعبر عن القلق مثل: التعبير عن الشعور بالقلق، واضطراب النوم، وعدم الشعور بالراحة، كما يقدرها مريض العته أو القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام: ١، ٢، ١٤، ١٥، , ٢١

٢- فئة الاضطرابات السلوكية، وتشمل:

(أ) **الاستثارة والهياج**، ويقصد بهما تكرار حدوث مظاهر سوء تنظيم الطاقة مثل تغير الاهتمامات الجنسية والتغير المفاجئ فى الانفعالات والقيام بأفعال غير هادفة وسرعة الضيق خلال الشهر الماضى كما يقدرها مريض العته أو القائم بالرعاية، وتضم البنود أرقام: ١٨، ١٩، ٢٠، ٢٢، ٢٨.

(ب) **السلوك العدوانى**، ويقصد بها تكرار حدوث مظاهر العدوان اللفظى والجسمى لدى مريض العته خلال الشهر الماضى كما يقدرها مريض العته أو القائم بالرعاية، ويضم البنود أرقام: ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٤.

٣- **فئة الاضطرابات الذهانية**، ويقصد بها تكرار حدوث تقييم المريض الخاطئ لدقة إدراكاته وأفكاره واستنتاجاته الخاطئة عن العالم الخارجى خلال الشهر الماضى كما يقدرها مريض العته أو القائم بالرعاية، وتضم البنود أرقام: ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٦، ٤٧.

(ب) استخبار تقدير مشكلات الذاكرة[٦]:

الاختبار فى صورته الأولى:

هو عبارة عن سؤال واحد فقط أعدته الباحثة الحالية بهدف الحصول على تقدير كمى لمشكلة النسيان لدى مريض العته كما يقدرها القائم بالرعاية (أو مريض العته ذاته). وقد وضع هذا الاستخبار على غرار الاستخبار السابق حيث لم يتضمن استخبار التقدير السلوكى أعراضا تشير صراحة إلى اضطرابات الذاكرة أو الاضطرابات المعرفية (Tariot, 1995). ويعتمد حساب الدرجة على التكرار وليس على الشدة حيث تشير الدرجة عليه إلى عدد مرات حدوث المظاهر السلوكية للنسيان التى وجدت لدى مريض العته خلال الشهر الماضى كما يقدرها مريض العته (أو القائم بالرعاية) حيث يسأل المبحوث عن تكرار مشكلة الذاكرة وفقاً للتكرارات التى سبق

الإشارة إليها فى استخبار التقدير السلوكى للعته. وأقصى درجة على البند هى ٤ .

الاختبار فى صورته النهائية:

تم تعديل تكرارات السلوك على هذا الاستخبار وفقا للتعديلات التى أجريت فى استخبار التقدير السلوكى.

(جـ) قائمتا نشاطات الحياة اليومية: وتتضمن كل من:

١- قائمة نشاطات الرعاية الذاتية لمريض العته فى الحياة اليومية)[٧].

٢- قائمة نشاطات الحياة اليومية الأدائية الصعبة[٨] لمريض العته.

وقد قامت الباحثة بالخطوات التالية لتصميم تلك القوائم:

١- الإطلاع على ما ورد من كتابات وتعريفات خاصة بمفهوم الحياة اليومية واضعين فى الاعتبار التعريفات التى وضعناها لهذا المفهوم.

٢- ومراجعة الاختبارات الموجودة فى المجال النفسى وثيقة الصلة بالموضوع.

وقد أسفرت تلك الخطوة التمهيدية عن الخلاصات التالية:

(أ) بالنسبة للتعريفات الخاصة بالمفهوم:

بناء على مراجعة عدد من التعريفات المطروحة لمفهومى نشاطات الحياة اليومية ونشاطات الحياة اليومية الآدائية وجد عدة تعريفات لهما على النحو التالى:

١- يقصد بنشاطات الحياة اليومية تلك النشاطات التى تتضمن الحركة والرعاية الذاتية وإدارة المنزل وما به من وسائل معينة، والتواصل، وهى نشاطات مهمة لبقاء الذات لأنها تمكن الشخص من الاعتماد على نفسه فى حياته (Pedretti, L.W., 1990) .

٢- يتضمن تقدير السعة الوظيفية لقدرات الفرد مهارة الفرد فى تنفيذ المهام الأساسية المرتبطة بالرعاية الذاتية، مثل الاستحمام، وارتداء الملابس، ودخول الحمام، والمهام الأكثر تعقيدًا والمرتبطة بالأداء فى البيئة الخارجية (كالقدرة على استخدام المواصلات... إلخ) (Sclan, S.G., & Reisberg, B., 1992, pp.55-56).

٣- ويشير «لوين» Lewin (١٩٨٣) إلى أن نشاطات الحياة اليومية الآدائية نشاطات ليست أساسية لبقاء الفرد حيًا، ولكن الفشل فى تأديتها يعنى أن كبير السن يحتاج مساندة أكبر من الآخرين وهى أكثر صعوبة من نشاطات الحياة اليومية (Zarit, etal., 1992).

٤- تعريف آخر يشير إلى مفهوم نشاطات الحياة اليومية الآدائية على أنه يتضمن مجموعة من النشاطات الأكثر تعقيدًا من تلك المتطلبة للرعاية الشخصية، وهو يتأثر بمدى إتاحة الفرصة والدافعية والتغيرات التى تنتاب المزاج والصحة الانفعالية (Backman, & Hill, 1996, p. 74).

مما سبق نتبين أن تعريفات كل من مفهوم نشاطات الحياة اليومية ومفهوم نشاطات الحياة اليومية الآدائية تعريفات متداخلة، بل إن بعض تلك التعريفات لم تفرق بينهما منذ البداية، ولهذا حاولت الباحثة

إعداد قائمتين جديدتين للمفهومين، كما حاولت إعداد بنود تناسب هذه التعريفات حيث تم تعريف نشاطات الحياة اليومية على أنها «مجموعة من أنماط السلوك التى تفى باحتياجات الشخص الأساسية لبقائه حيًا ومتوافقًا بشكل واضح». أما نشاطات الحياة اليومية الأدائية فهى «مجموعة من أنماط السلوك تلبى احتياجات الفرد غير الأساسية كالحاجة إلى تقدير الذات أو الشعور بالاستقلال أو تفى بكلا النوعين من الاحتياجات». فمثلا نشاط كتناول الطعام، يلبى احتياجًا أساسيًا لدى الشخص، لذا فهو يدرج ضمن نشاطات الحياة اليومية أما خدمة الوجبة فتمثل احتياجًا ثانوياً حيث يلزم لتناول الطعام أن يكون معدًا سلفًا. وعلى الرغم من أننا نتفق مع التعريفات السابق الإشارة إليها على أن نشاطات الحياة اليومية الآدائية أكثر صعوبة من نشاطات الحياة اليومية، فإننا نرى أن نشاطات الحياة اليومية أكثر أهمية للاستقلال من نشاطات الحياة اليومية الآدائية، وذلك يرجع لأسباب عديدة منها: أن بعض الناس لديهم أجهزة حديثة معينة بالمنزل تساعدهم على إنجاز تلك النشاطات اليومية الآدائية، كما أن البنود التى تتعلق بإدارة شئون المنزل تمثل أهمية أكبر لدى النساء دون الرجال، ويرجع ذلك لأسباب اجتماعية تتعلق بتقسيم الأدوار، إلا أنه قد تنشأ ضرورة لتبادل الأدوار إذا اضطر الرجل الذى أصيب بعجز أن يبقى فى المنزل، واضطرت زوجته إلى الخروج بحثاً عن عمل، فسيحتاج إلى أن يجهز وجبة بسيطة لنفسه على الأقل، كما أننا نجد فى المدن الحديثة رجالاً وأحيانًا أطفالاً ومراهقين مضطرون للعيش بمفردهم مستقلين (Pedretti, 1990, p. 230, Kane, 1981, p.57).

(ب) بالنسبة للاختبارات المستخدمة:

يشير «كان» Kane (١٩٨٨) إلى وجود ثلاث فئات من البنود يمكن استخدامها عند تصميم مقياس عام للأداء الوظيفى الجسمى[٩] هى:

١- مقاييس الصحة الجسمية[١٠].

٢- مقاييس نشاطات الرعاية الذاتية الأساسية[١١] والتى تسمى مقاييس نشاطات الحياة اليومية.

٣- مقاييس القدرة على أداء بعض النشاطات الأكثر تعقيدًا من نشاطات الحياة اليومية والمرتبطة بالحياة المستقلة والتى تسمى بنشاطات الحياة اليومية الآدائية[١٢].

وهناك مقاييس تتبع هذا التقسيم وأخرى يوجد تداخل بينها وبين بعضها بعضا، وثالثة تضيف إلى مقاييسها أبعادًا جديدة من الأداء مثل: التوجه العقلى. هذا وتعكس المفاهيم الثلاثة منحى التدرج الهرمى للمفهوم العام، وهو الأداء الجسمى أو السعة الوظيفية[١٣] للقدرة الجسمية (Kane, 1988, p. 26, p. 29).

ومن هذا المنطلق تم الاستعانة فى تكوين بنود القائمتين ببنود مقاييس عديدة فى هذا الشأن مثل قائمة نشاطات إدارة المنزل[١٤] (Pedretti, 1990, p.244)، ومقياس «أورس» Oars لنشاطات الحياة اليومية الجسمية[١٥]، ومقياس «أورس» Oras لنشاطات الحياة اليومية الآدائية[١٦]، وقائمة كاتز لنشاطات الحياة اليومية[١٧] (Kane, 1981, pp. 40-42).

ولأن اختيار البنود يؤثر على النتائج فقد طبقنا المحكات التالية عند إعداد بنود القائمتين:

١- أن تكون البنود مناسبة لمكان إقامة المرضى (مرضى العيادات الخارجية أو المرضى المقيمين لمدة محدودة فى المستشفيات «لا تتجاوز أسبوعين»).

٢- أن تكون البنود من النوع الشائع الذى لا يرتبط بدور محدد يقوم به المريض.

٣- تعريف البنود إجرائيًا وذلك بأن يتضمن كل بند فى القائمة (مثل الاستحمام أو تناول الطعام) عددًا من البنود التفصيلية لتحديد المقصود من كل بند بدقة، وذلك كى نتأكد أن كلاً من الباحثة ومقدم المعلومات (المريض أو القائم بالرعاية) يتحدث عن الشىء نفسه (Ibid, p.54).

وفيما يلى نقدم وصفاً تفصيلياً لكل من القائمتين:

١- قائمة نشاطات الرعاية الذاتية لمرضى العته فى الحياة اليومية:

تم إعداد هذه القائمة بهدف الحصول على تقدير كمى لمدى اعتماد مريض العته على القائم بالرعاية فى نشاطات الرعاية الذاتية وذلك وفقًا لتقدير مريض العته أو القائم بالرعاية.

ويتكون من سبعة مجالات يمثل كل منها مقياسًا فرعيًا يتضمن بدوره مجموعة من النشاطات التفصيلية التى تمثل تعريفًا إجرائيًا لكل بند منها، وهذه البنود هى:

١- تناول الطعام ويشمل عشرة بنود تفصيلية، مثل: تقطيع الخبز، وبلع الطعام والشرب من الكوب،..الخ.

٢- ارتداء الملابس ويشمل عشرة بنود تفصيلية، مثل: ارتداء الشرابات، وغلق الأزرار، وغلق فتحة السروال..الخ.

٣- خلع الملابس ويشمل عشرة بنود تفصيلية، مثل: خلع الشرابات، وفك الأزرار، وفك فتحة السروال..الخ.

٤- الذهاب للحمام ويشمل تسعة بنود تفصيلية، مثل: التحكم فى البول، والتحكم فى البراز،... الخ.

٥- النظافة الشخصية ويشمل عشرة بنود تفصيلية، مثل: تنظيف الأنف، وقص الأظافر، وتمشيط الشعر... الخ.

٦- تناول الأدوية ويشمل عشرة بنود تفصيلية، مثل: تناول الدواء عن طريق الفم، وتناول الدواء بالجرعات المحددة، وتناول الدواء فى الأوقات المحددة زمنيا.

٧- التنقل ويشمل تسعة بنود تفصيلية، مثل: التحرك داخل المسكن، والجلوس على السرير، والصعود إلى السرير.

ويسأل المبحوث فى كل مجال فرعى عن مدى اعتماد المريض على القائم بالرعاية خلال الشهر الماضى حيث تصنف الإجابة إلى ثلاثة مستويات هى: مستقل تمامًا، وتحصل على درجة واحدة، ومعتمد جزئيًا، وتحصل على درجتين، ومعتمد كليًا، وتحصل على ثلاث درجات، وبهذا تتراوح الدرجة الكلية على القائمة من ٧ إلى ٢١ درجة (حيث يقدر المبحوث المجال كوحدة واحدة ولا يقدر كل نشاط فرعى على حدة) وبحيث تشير الدرجة الأكبر إلى درجة اعتماد أكبر.

٢- وصف قائمة نشاطات الحياة اليومية الآدائية الصعبة لمريض العته:

تم إعداد القائمة بهدف الحصول على تقدير كمى أو درجة كمية لمدى اعتماد مريض العته على القائم برعايته فى أداء مجموعة من نشاطات الحياة اليومية الآدائية الصعبة.

وهى تتكون من ثمانى مجالات، يشكل كل منها مقياسًا فرعيًا يضم بدوره مجموعة من البنود تمثل تعريفًا إجرائيًا لكل بند، وهذه البنود هى:

١- نشاطات التنظيف وتضم عشرة بنود فرعية، مثل: تنظيف السجاد أو الحصير.

٢- تحضير الوجبات وتضم تسعة بنود فرعية، مثل: تشغيل البوتاجاز.

٣- خدمة الوجبة وتضم تسعة بنود فرعية، مثل: وضع الأطباق على المنضدة.

٤- غسيل الملابس وتضم تسعة بنود فرعية، مثل: تعليق الغسيل على الأحبال.

٥- التواصل واستخدام الهاتف وتضم تسعة بنود فرعية، مثل: استخدام الهاتف المنزلى.

٦- نشاطات يدوية متعددة وتضم تسعة بنود فرعية، مثل: فتح وغلق الأبواب.

٧- التسوق وتضم ثمانية بنود فرعية، مثل: شراء الخضراوات والفاكهة.

٨- المسئولية المالية وتضم ستة بنود فرعية، مثل: فك النقود أو تصحيحها.

ويتم التصحيح واستخلاص الدرجات على كل مقياس فرعى بالطريقة ذاتها التى تم إتباعها فى تصحيح قائمة نشاطات الحياة اليومية بحيث تتراوح الدرجة الكلية على القائمة بين ٨ و٢٤ درجة مع مراعاة أن يقدر المريض بمستوى مستقل على البنود التى لا تتاح له فرصة القيام بآدائها فى بيئته (مثل استخدام الهاتف) فمن غير المنطقى أن يقدر المريض على بنود غير متاحة له على أنه معتمد (Kane, 1981, p.5) كذلك فإن البنود الخاصة بإدارة المنزل (مثل نشاطات التنظيف، وخدمة الوجبة... إلخ) كان يقيم المريض على أنه معتمد جزئيًا أو كليًا عليها فى حالتين، الحالة الأولى، أن يكون الاعتماد بسبب المرض ولا يرجع لتقسيم الأدوار، والحالة الثانية، فى حالة إقامة المريض بمفرده فى المنزل خلال فترة تقييم هذه النشاطات، وذلك وفقًا للتوصية التى أشار إليها «بيدراتى» (Pedretti, 1990).

٢- قائمة استراتيجيات التعايش[١٨] :

صمم هذه القائمة «موس» Moos, R.H (١٩٨٨) وترجمتها الباحثة وأعدتها للغة العربية وفقا للخطوات التالية:-

١- ترجمة القائمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

٢- الترجمة العكسية للقائمة من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية وذلك بهدف التأكد من دقة الترجمة.

٣- التصحيح اللغوى.

وقد تم الاعتماد على هذه القائمة بهدف الحصول على تقدير كمى لمدى استخدام القائم برعاية مرضى العته من كبار السن لأنماط

متنوعة من استراتيجيات التعايش للتعامل مع مثيرات المشقة الموضوعية والذاتية التى يواجهها أثناء رعايته لمريض العته بشكل عام.

وقد أعدت الباحثة قائمة يقدرها مريض العته على غرار القائمة الخاصة بالقائم بالرعاية وذلك بهدف الحصول على تقدير كمى لمدى استخدام مريض العته كبير السن لأنماط متنوعة من استراتيجيات التعايش للتعامل مع مثيرات المشقة الموضوعية والذاتية بشكل عام التى يواجهها بسبب إصابته بمرض العته.

وتتكون القائمة من ٤٨ بندا تغطى الجوانب الفرعية التالية:

الاقتراب المعرفى، والاقتراب السلوكى، والتجنب المعرفى، والتجنب السلوكى، فبطارية استراتيجيات التعايش تأخذ فى اعتبارها كلاً من التوجه نحو التعايش (أو بؤرة التعايش) وطريقة التعايش، فهى تقسم استراتيجيات التعايش إلى مجالات اقتراب وتجنب يتفرع كل منها بدوره إلى فئتين هما استراتيجيات معرفية وسلوكية.

وبشكل عام، فإن التعايش المرتكز على الاقتراب يعكس الجهود السلوكية والمعرفية للسيطرة على المشكلات وحلها، وعلى العكس من ذلك فإن التعايش عن طريق التجنب يعكس الجهود السلوكية والمعرفية لتجنب التفكير فى مثير المشقة ونتائجه على الفرد، أو التعامل مع الآثار الانفعالية المترتبة عليه فقط، فهو يميل إلى أن يكون تعايشا مرتكزا على الانفعال. ويتضمن كل جانب منهما فئتين من استراتيجيات التعايش، حيث يتضمن التعايش بالاقتراب المعرفى التحليل المنطقى[١٩]، وإعادة التقييم الإيجابى[٢٠].

ويتضمن التعايش بالاقتراب السلوكى البحث عن الإرشاد والمساندة[٢١]، وتبنى فعل محدد لحل المشكلة[٢٢]. ويتضمن التعايش بالتجنب المعرفى كلاً من التجنب المعرفى[٢٣] والقبول أو التسليم[٢٤]. ويتضمن التعايش بالتجنب السلوكى البحث عن مكافآت بديلة[٢٥]، والإفصاح الوجدانى[٢٦].

ونعرض فيما يلى المقاييس الفرعية لقائمة استراتيجيات التعايش:

١- استراتيجيات التحليل المنطقى، ويقصد بها اتباع الفرد لبعض الاستراتيجيات المعرفية كالفهم والاستعداد العقلى لمثير المشقة ومترتباته، مثل: التفكير فى عدة طرق للتعامل مع المشكلة. وهو يتكون من ستة بنود هى ١، ٩، ١٧، ٢٥، ٣٣، ٤١ .

٢- استراتيجيات إعادة التقييم الإيجابى، ويقصد بها اتباع الفرد بعض الاستراتيجيات المعرفية لتشكيل أو إعادة تشكيل المشكلة بطريقة إيجابية مع استمرار قبول حقيقة الموقف مثل: تحدث نفسك بأشياء كى تشعر بتحسن. وهو يتكون من ستة بنود هى ٢، ١٠، ١٨، ٢٦، ٣٤، ٤٢ .

٣- استراتيجيات البحث عن الإرشاد والمساندة، ويقصد بها قيام الفرد ببعض النشاطات السلوكية للبحث عن المعلومات والإرشادات والمساندة، مثل: تتحدث مع الزوج أو قريب لك عن المشكلة. وهو يتكون من ستة بنود هى ٣، ١١، ١٩، ٢٧، ٣٥، ٤٣ .

٤- استراتيجيات حل المشكلات، ويقصد بها الجهود السلوكية التى يقوم بها الفرد لتبنى فعل محدد للتعامل المباشر مع المشكلات مثل: أن تجرب على الأقل طريقتين مختلفتين لحل المشكلة. وهو يتكون

من ستة بنود هى ٤، ١٢، ٢٠، ٢٨، ٣٦، ٤٤.

٥- استراتيجيات التجنب المعرفى، ويقصد بها اتباع الفرد لبعض الاستراتيجيات المعرفية لتجنب التفكير بشكل منطقى فى المشكلة مثل: تحاول أن تنسى كل شىء وهو يتكون من ستة بنود هى ٥، ١٣، ٢١، ٢٩، ٣٧، ٤٠.

٦- استراتيجيات القبول، ويقصد بها اتباع الفرد لبعض الاستراتيجيات المعرفية للاستجابة للمشكلة عن طريق قبولها، مثل: تعتقد أن النتائج يحددها القدر وهو يتكون من ستة بنود هى ٦، ١٤، ٢٢، ٣٠، ٣٨، ٤٦.

٧- استراتيجيات البحث عن مكافآت بديلة، ويقصد بها القيام ببعض النشاطات السلوكية للانخراط فى نشاطات بديلة، وتنمية مصادر جديدة للرضا، مثل: تحاول أن تساعد الآخرين فى التعامل مع المشكلة نفسها. وهو يتكون من ستة بنود هى ٧، ١٥، ٢٣، ٣١، ٣٩، ٤٧.

٨- الإفصاح الوجدانى، ويقصد به قيام الفرد ببعض الأفعال السلوكية لتقليل التوتر عن طريق التعبير عن المشاعر السلبية، مثل: تنفس عن غضبك بتوبيخ الآخرين أو إيذائهم عندما تكون غاضبًا أو مكتئباً، وهو يتكون من ستة بنود هى ٨، ١٦، ٢٤، ٣٢، ٤٠، ٤٨.

ويتم إعطاء كل بند درجة بناءًا على مقياس رباعى الشدة يتراوح من ١ (مطلقًا) إلى ٤ (تمامًا) وتتراوح الدرجة على البطارية بين ٤٨ و ١٩٢ درجة.

التجربة الاستطلاعية للأدوات:

بعد الانتهاء من إعداد كل من البطارية الخاصة بالمرضى والبطارية الخاصة بالقائمين على رعايتهم، أخضعت الأدوات لدراسة استطلاعية، نعرض لها فيما يلى:

١- أهداف الدراسة:

استهدفت الدراسة الاستطلاعية تحقيق الأهداف الآتية:

١- التأكد من وضوح التعليمات للمبحوثين.

٢- التأكد من ملاءمة البنود للمبحوثين (مرضى العته البسيط، والقائمين على رعايتهم).

٣- محاولة تقدير الزمن اللازم لتطبيق البطارية الخاصة بالمرضى وتطبيق البطارية الخاصة بالقائم بالرعاية.

٢- العينة:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على ثمانية مبحوثين، استغرق الحصول على هذه العينة أربعة شهور من ٢٠٠١/٢/١ إلى ٢٠٠١/٦/١ تم الحصول على هذه العينة من خلال المرضى المقيمين بالقسم الداخلى لقسم طب المسنين جامعة عين شمس، وضمت هذه العينة ٤ من مرضى العته البسيط كبار السن، ثلاثة من الإناث وواحد من الذكور، تراوحت أعمارهم بين ٦٠ و٦٩ عاما، جميعهم من الأميين، و٤ من السيدات القائمات على رعاية مرضى العته البسيط، تراوحت أعمارهن بين ٤٠ و ٤٥ عاما، جميعهن أميات يقمن مع مرضى العته البسيط فى منازلهم.

٣- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

١- فيما يتعلق بوضوح التعليمات، وفهم المبحوثين لها، وخاصة مرضى العته، تبين أن تعليمات الاختبارات كانت واضحة ومفهومة إلا أن بعض المبحوثين خاصة مرضى العته كبار السن منهم كانوا يحتاجون إلى إعادة التعليمات التى توضح كيفية الاستجابة لبنود الاختبار مع كل بند من بنود البطارية.

٢- وفيما يتعلق بمدى ملاءمة البنود للمبحوثين تبين أن:

(أ) كلا من قائمتى نشاطات الرعاية الذاتية فى الحياة اليومية، نشاطات الحياة اليومية الآدائية الصعبة طويلة نسبيًا فتم الاكتفاء بتقدير المبحوثين فى المجالات الأساسية فقط دون تقدير النشاطات الفرعية لكل مجال منها والتعامل مع هذه النشاطات النوعية على أنها تعريفًا إجرائيًا للمجال كما سبق أن أشرنا.

(ب) لم تحصل الباحثة على إجابات إضافية كافية على بند (أخرى تذكر) فى نهاية استخبار التقدير الذاتى للاضطرابات السلوكية فى مرضى العته، مما دعاها إلى حذف هذا البند من استخبار التقدير الذاتى للاضطرابات السلوكية فى مرضى العته ليصبح بذلك ٤٧ بندا.

٣- فيما يتعلق بالزمن، فإن الوقت المستغرق فى تطبيق البطارية الخاصة بالمرضى أو القائمين بالرعاية كان يتراوح بين ٤٥ دقيقة إلى ثلاث ساعات. حيث تأثر الزمن الكلى لتطبيق كل من البطارية الخاصة بالمرضى والبطارية الخاصة بالقائمين بالرعاية بكم

الأعـراض التى أشـار إلى وجـودها المبـحـوثين فى مـجـمـوعـة الاختبـارات الخاصة بالتقدير الذاتى لمثيرات المشقة الموضوعية مما أدى إلى تفـاوتات شـديدة فى الوقت المسـتـغـرق فى تطبـيق البطارية، حيث كان يُسأل المبحوث عن تقييمه لمدى المعاناة النفسية من كل عرض على حدة، كما كان يُسأل عن استراتيجيات التعايش النوعية معها، كلٌ منها على حدة، إلا أن البيانات التى تم جمعها من الميدان لتقدير الكفاءة القياسية للأدوات كشفت عن ارتفاع عدد حالات البنود التى لا تنطبق على كل مبحوث فى هاتين الفئتين من الاختبارات مما يمثل إشكالية لتقدير الكفاءة القياسية لها، ولذلك تم استبعادها.

وبصفة عامة فعلى الرغم من أن المرضى كانوا يستغرقون وقتا أكبر فى فهم التعليمات وتكرارها، وفهم البنود، فإنهم كانوا يستغرقون وقتا أقل فى الاستجابة للبنود نظرا لميلهم إلى إنكار الأعراض مقارنة بالقائمين بالرعاية.

تقدير الكفاءة القياسية للأدوات:

اعتمدنا فى تقدير صدق الأدوات وثباتها على العينة الأساسية متضمنة مجموعة مرضى العته البسيط (ن=٢٠)، ومجموعة القائمين على رعايتهم (ن=٢٠) كل على حدة، نظرا للصعوبة الشديدة فى الحصول على عينات مرضى العته البسيط وفقا للتشخيص العام فضلاً عن التشخيص النوعى.

(أ) صدق الأدوات:

ترتكز الإجراءات الهادفة لتحديد صدق الاختبار على تحديد مدى واتجاه العلاقة بين الأداء على الاختبار، وبين الحقائق الملاحظة ذات

الصلة بخصائص السلوك. وتتلخص أساليب فحص هذه العلاقات فى ثلاثة فئات رئيسية هى: صدق المضمون، وصدق التعلق بمحك، وصدق التكوين (Anastasi, A., 1990, p. 139). ويتميز النوع الأخير من أنواع الصدق بأنه أكثر شمولاً إلى الدرجة التى تجعله يستوعب فى داخله الفئتين الأخرتين، ومن ثم نعرض لأسلوبين من أساليب الصدق فيما يلى:

(أ) صدق المضمون:

فيما يختص بصدق المضمون، نجد أن هذا الطراز من الصدق يواجهه سؤال أساسى مؤداه: إلى أى حد تمثل بنود المقياس المجال النفسى الذى يهدف الباحث إلى قياسه؟ وإلى أى حد يعد هذا التمثيل مماثلا لمختلف مكونات المجال السلوكى على نحو مناسب؟ كما يؤكد خبراء القياس النفسى أنه لا يكفى مجرد فحص بنود الاستخبار للتعرف على ما إذا كانت تؤدى المطلوب أم لا، ولا يكفى فقط توفير تعريف جيد للمجال الذى يقيسه الاستخبار بل يتعين تحليل المجال الكلى، إلى عدد من المجالات أو الفئات الفرعية، التى تمثل كل الجوانب الأساسية فى المجال، وفحص ما إذا كان هناك عدد مناسب من البنود لقياسها أم لا (صفوت فرج، ١٩٨٩، ص٢٥٦). وهذا ما قمنا به فى المرحلة الأولى من تكوين الأدوات، والتى ترتب عليها صياغة البنود فى كل اختبار على حدة. حيث قمنا بالاستعانة بعدد من المحكمين*** للحكم على مدى تمثيل البنود للمجال السلوكى محل الاهتمام. وبناءً على إطلاع هؤلاء المتخصصين على اختبارات الدراسة، تم إدخال بعض التعديلات التالية:

١- إدخال بعض التعديلات فى صياغة البنود بصورة تجعلها أكثر وضوحاً ودقة وسهولة فى الفهم والاستيعاب.

٢- تم تعديل صياغة بعض العناوين الرئيسية للمقاييس الفرعية.

٣- تم ضم بعض الاختبارات الفرعية كما فى مقياس الاضطرابات السلوكية لتغطى فئة أكبر.

٤- تم تعديل مستويات الإجابة لتتلائم مع طبيعة العينة وطبيعة الأعراض كما فى مقياس الاضطرابات السلوكية.

٥- ولقد أقر المتخصصون بكفاءة الاختبارات النفسية المؤلفة والمترجمة، وبوجود اتساق واضح بين مضمون كل اختبار، والوظيفة الرئيسية التى أعد لقياسها حيث تم الاتفاق على جميع البنود (عدا بنود استخبار التقدير السلوكى للعته) بنسبة ١٠٠%، وهذا دليل على مدى تمثيل هذه البنود فى كل مقياس للهدف الأساسى المطلوب قياسه.

(ب) تقدير صدق التكوين، ويندرج تحته:

١- حساب الاتساق الداخلى[٢٧]، من خلال حساب ارتباط كل بند بالدرجة على المقياس الفرعى والدرجة على المقياس الكلى (استخدم هذا النوع من الصدق فى جميع مقاييس بطارية الدراسة عدا استخبار تقدير الذاكرة ـ حيث يتكون من بند واحد-حيث استخدمنا معه صدق الاتفاق والاختلاف).

٢- حساب نتائج صدق الاتفاق والاختلاف[٢٨] استخدم هذا النوع من الصدق فى جميع مقاييس بطارية الدراسة).

الطريقة الأولى: وهى حساب الاتساق الداخلى وذلك عند كل من مجموعة مرضى العته البسيط، ومجموعة القائمين على رعايتهم.

وقد كشفت نتائج هذا النوع من الصدق عن الأتى :

١- ارتفاع قيم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية فى كل من قائمة نشاطات الحياة اليومية وقائمة نشاطات الحياة اليومية الآدائية (معامل الارتباط أكثر من ٠,٦٥) لدى كل من عينتى المرضى والقائمين على رعايتهم مما يشير إلى تمثيلها الجيد للمفاهيم محل الدراسة.

٢- أما فيما يختص ببنود مقياس التقدير السلوكى للعته لدى كل من عينتى مرضى العته والقائمين على رعايتهم، فعلى الرغم أن معامل الارتباط المقبول فيما يشير كلين وننالى (٠,٢)، وقد استخدم باحثون آخرون معامل ارتباط أعلى (٠,٣) (شويخ ، ٢٠٠٤ ص ١٥٣)، إلا أن الباحثة قد قررت الاحتفاظ بالبنود التى قل ارتباطها بالدرجة الفرعية أو الكلية عن ٠,٢ نظرا لأهميتها الإكلينكية المحتملة، آخذين فى الاعتبار، أن شدة العته قد تؤثر على نتائج الاتساق الداخلى، فمجموعة المرضى ككل لم تتضمن مبحوثين لديهم مدى واسعا من الاضطرابات النفسية[٢٩] ونضيف إلى ذلك تجانس العينة[٣٠] الشديد، فهم جميعا مرضى عته بسيط كبار سن أغلبهم من الأميين المتقاعدين عن العمل. ويتفق ذلك مع ما ذكره «جاندا» Janda من أن انخفاض مدى الدرجات على بعض أبعاد هذا الاستخبار قد أثر على صدقها، فحجم معامل الصدق يرتفع إذا كانت العينة غير متجانسة[٣١]****، وبعبارة أخرى فإن مدى الدرجات المحدود[٣٢] يقلل معامل الصدق (Janda, H., 1998, p.12) .

ومما يدعم هذا القــرار أيضــا الدراســة التى أجــرتهــا رابطة الاضطرابات السلوكيـة لتـأسـيس سـجل لمرضى ألزهـيمـر عـام ١٩٩٦ والتى كان من بين أهدافها تحديد تكرار التغيرات السلوكية كل على حـدة خلال الشهـر الماضى على عينـة تتكون من ٣٠٣ مـريضـاً بمرض ألزهيمر ممن يعيشون فى المجتمع والمحتمل وجود اضطراب معرفى بسيط لديهم وقد قرر الباحثون بناء على نتائج الدراسة، حذف ثلاثة بنود فقط منخفضة التكرار للغاية، كما قرروا الاحتفاظ ببنود عديدة أخرى منخفضة التكرار بسبب أهميتها الإكلينكية (Tariot, P.N., Mack, J.L., Patterson, M.B., Edland, S.D., Weiner, M.F., & et al., 1996).

٣- أما فيما يتعلق ببنود قائمة استراتيجيات التعايش فنجد أن البنود كلها مرتفعة الدلالة فى عينة مرضى العته (معامل الارتباط أكثر من ٠,٧٣ (وبالتالى لم يحذف أى بند منها. أما فى عينة القائمين بالرعـاية، فنلاحظ أن البنود كلهـا ارتبطت بشكل دال بالمقـاييس الفرعية بينما انخفض ارتباط سبعة بنود منها فقط بالمقياس الكلى تمركزت جميعًا أيضًا فى مقاييس التجنب دون مقاييس الاقتراب مما دعا الباحثة إلى الاحتفاظ بهذه البنود جميعًا، حيث قرر «موس» Moos(١٩٨٨) فى دراسته للخصائص القياسية لقائمة استراتيجيات التعايش على عينة من الكحوليين أن الارتباطات بين استراتيجيات تعايش الاقتراب الأربعة لدى كل من الرجال والنساء، كل على حدة، كانت أعلى من تلك الخاصة بالارتباط بين مقاييس التجنب (Moos, 1988, p.6).

ويمكن تفسير ذلك بأن استخدام واحد أو اثنين من استراتيجيات تعايش التجنب قد تقلل المشقة النفسية، ومن ثم تقلل استخدام

استراتيجيات البديلة الموجودة فى القائمة الكلية لاستراتيجيات التعايش.

الطريقة الثانية: وهى حساب صدق الاتفاق والاختلاف للاختبارات النفسية المستخدمة فى الدراسة الراهنة على عينة مرضى العته البسيط (ن= ٢٠) **وعلى مجموعة القائمين برعاية مرض العته البسيط** (ن=٢٠)، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين الاختبارات وبعضها بعضًا، ومعامل الارتباط بينها وبين اختبار الحالة العقلية المختصر وهى الطريقة الأكثر شيوعًا لتقدير صدق التكوين من خلال ارتباطات الاختبارات باختبارات أخرى لا تقيس المجال السلوكى نفسه أو اختبارات تقيس سلوك يتصل بالاختبار الحالى وبالمجال السلوكى الذى نقيسه (Janda, 1998, p.89). كما قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين المرضى والقائمين بالرعاية فى معاملات الارتباطات بين اختبارات الدراسة للمقارنة بين عينتى المرضى والقائمين بالرعاية فى نمط العلاقات بين هذه الفئات.

تهدف الخطوة السابقة إلى الإجابة عن السؤالين التاليين:

كان السؤال الأساسى المثار هنا هو إلى أى مدى يوجد نمط من العلاقات بين مثيرات المشقة الموضوعية (المقاييس الفرعية للتقدير السلوكى للعته، وتقدير الذاكرة، ونشاطات الحياة اليومية، ونشاطات الحياة اليومية الأدائية) بعضها البعض من جهة وبين مثيرات المشقة الموضوعية ومقياس فحص الحالة العقلية من جهة أخرى تتفق مع ما هو متوقع بينها من علاقات بناءً على الدراسات السابقة لدى كل من عينة مرضى العته البسيط والقائمين برعايتهم كل على حدة ؟

كما نجد سؤالا آخر هو إلى أى مدى يوجد نمط مختلف من العلاقات بين مقاييس استراتيجيات التعايش المختلفة من جهة، وبينها وبين مثيرات المشقة الموضوعية من جهة أخرى لدى العينتين يعكس اختلاف الاستراتيجيات التى يستخدمها مرضى العته والقائمين على رعايتهم فى التعايش مع مرضى العته كما هو متوقع بينها من نتائج بناء على الدراسات السابقة؟

وقد تبين وجود عدة دلائل على الصدق تتفق مع ما هو متوقع من علاقات بينها بناء على الدراسات النظرية السابقة، فبالنسبة للإجابة عن السوال الأول، والمتعلق بنمط العلاقات بين مثيرات المشقة الموضوعية، يتضح التالى:

١- عدم وجود علاقة بين اختبار فحص الحالة العقلية المختصر وكل من مثيرات المشقة الموضوعية الأولية لدى عينتى الدراسة. وتتسق هذه النتيجة مع ما أشار إليه أنشنسل وزملاؤه حيث أشاروا إلى أن المشكلات السلوكية لا تتباين بشكل منتظم مع الاضطراب المعرفى (٠,٠٢) كما يتسق مع تطور الأعراض فى مرضى الزهيمر حيث نجد إن المشكلات السلوكية لا تتزايد بالضرورة مع شدة المرض (Aneshensel, et al., p.75) ولكن تتعارض تلك النتيجة فيما يتعلق بنشاطات الحياة اليومية ونشاطات الحياة اليومية الأدائية مع ما وجد فى المجال البحثى حيث أشار كل من تيرى وزملاؤه وفيتاليانو وزملاؤه إلى وجود ارتباط إيجابى بين مستوى القدرات المعرفية والكفاءة الوظيفية (Backman, & Hill, 1996, p.76).

وقد يرجع هذا الاختلاف إلى افتقاد التجانس فى تشخيص مرضى العته فى دراستنا حيث تضمنت فئات تشخيصية مختلفة حيث لم تجد

الباحثة إشارة إلى عدم وجود فروق بين مرضى ألزهيمر ومرضى العته الوعائى فى الدراسات التى تناولت الكفاءة الوظيفية لدى مرضى العته.

٢- ارتبط الاكتئاب إيجابيا بانخفاض الأداء على نشاطات الحياة اليومية الأساسية لدى عينة مرضى العته عند مستوى ٠,٠١ ***** ويمكن تفسير ذلك بأن الإكتئاب يعوق القيام بأداء هذه النشاطات.

٣- ارتبط الأداء على قائمة نشاطات الحياة اليومية بالأداء على قائمة نشاطات الحياة اليومية الصعبة ارتباطا مرتفعا لدى العينتين حيث يعكس المفهومين منحنى التدرج الهرمى للمفهوم العام وهو الأداء الجسمى أو السعة الوظيفية للقدرة الجسمية (Kane, 1988, pp. 26, 29).

٤- فيما يختص بنمط العلاقات بين المقاييس الخمسة للاضطرابات السلوكية للعته فقد أجرت الباحثة مراجعة لقواعد البيانات النفسية[٣٣] على الحاسب الآلى (حتى نوفمبر ٢٠٠٤) لفئات الاكتئاب، والقلق، والإستثارة، والتهيج، والعدوان، والذهان لدى مرضى العته ومرضى ألزهيمر. ولأن قواعد البيانات لم تتضمن بحوثا تشير إلى العلاقات بين هذه الفئات ـ على الرغم من أن عناوين هذه البحوث قد توحى بذلك ـ فقد لجأت الباحثة إلى المقارنة بين عينتى المرضى والقائمين بالرعاية فى نمط العلاقات بين هذه الفئات بحيث يعد الحصول على نمط مشابه لدى العينتين مؤشرا للصدق الناتج عن الحصول على نفس النتائج المتعلقة بالعلاقات بين أعراض العته من مصدرين مختلفين هما مرضى العته و القائمين برعايتهم.

تشـيـر النتـائج إلى أنه لا يوجـد اخـتـلاف واضح بين العـينتـين فى العلاقـات بين مثـيرات المشقـة الموضوعـيـة وبين بعضـهـا بعضـا فعلى سبيل المثال، ارتبط مقياس الاكتئاب ارتباطاً إيجابياً بكل من مقـاييس القلق، والهيـاج، والذهان، كـما ارتبط مقـيـاس القلق إيجـابيـا بكل من مقيـاس الهياج والإكتئاب، وارتبط الهياج بالإكتئاب والقلق والعدوان، وارتبط العدوان بالذهان، وارتبط الذهان بالإكتئاب والعدوان وذلك فى العينتين، والاستثناء الوحيد هو ارتباط الهياج إيجابيا بالذهان فى عينة القائمين بالرعاية فقط وتجدر الإشارة إلى أن المقاييس الخمسة للتقدير السلوكى للعته ارتبطت بالمقياس الكلى لدى العينتين بما يشير إلى تجانس المقياس.

يبقى أمراً واحداً لا نملك تفسيراً واضحاً له هو الارتباط السلبى الدال (عند مستوى ٠,٠١) غير المتوقع بين مقياس الذاكرة والأداء على نشاطات الحياة اليومية الأساسية لدى عينة مرضى العته البسيط، وقد يمثل جزءًا من التفسير أن طريقة الإجابة على المقياسين تعتمد على التقدير الذاتى وليس قياس الذاكرة كاختبار قدرة.

أما بالنسبة للإجابة عن السؤال الثانى ,والمتعلق بنمط العلاقات بين استراتيجيات التعايش ,وبينها وبين مثيرات المشقة الموضوعية ، فيتضح التالى:

١- **فيما يختص بالعلاقات بين مختلف مقاييس استراتيجيات التعايش**، فتشير النتائج إلى وجود اختلاف واضح بين العينتين، فالارتباطات الإيجابية المرتفعة (أكثر من ٠,٨٩) بين المقاييس الثمانية لدى مرضى العته البسيط تظهر اعتماد المرضى على

أنماط تعايش مختلفة من كل الأنواع. بينما نجد أن حجم الارتباطات بين المقاييس الثمانية أقل بدرجة ملحوظة لدى عينة القائمين بالرعاية، وأن الارتباطات بين استراتيجيات تعايش الاقتراب أعلى من تلك الخاصة بالارتباطات بين مقاييس التجنب، وهى النتيجة نفسها التى سبق أن أشرنا إليها فى دراسة «موس» (١٩٨٨)، حيث نجد إن القائمين الذين يعتمدون على نمط من أنماط الاقتراب يوظفون أيضًا الأنماط الأخرى من أنماط الاقتراب، بالإضافة إلى ذلك، فإنه من المحتمل أن يستخدموا واحداً أو اثنين من استراتيجيات التجنب السلوكى. بينما نجد أن القائمين الذين يستخدمون نمطاً من أنماط التجنب المعرفى لا يميلون إلى استخدام أنماط أخرى من أنماط التجنب أو الاقتراب باستثناء الارتباط المتوسط (٠,٤٥) بين القبول (كاستراتيجية تجنب معرفى) والإفصاح الوجدانى (كاستراتيجية تجنب سلوكى)، كذلك فإن القائمين بالرعاية الذين يستخدمون نمطاً من أنماط التجنب السلوكى لا يميلون إلى استخدام أنماط أخرى من أنماط التجنب باستثناء الارتباط المتوسط الذى سبق أن أشرنا إليه، ولكنهم يوظفون استراتيجيات الاقتراب المعرفى والسلوكى.

ويشير اعتماد المرضى على أنماط تعايش مختلفة من كل الأنواع معاً إلى انخفاض كفاءة استراتيجيات التعايش التى يستخدمها مرضى العته مقارنةً بالقائمين برعايتهم، كما تشير الارتباطات المنخفضة بين مقاييس التجنب مقارنةً بمقاييس الاقتراب لدى القائمين برعاية مرضى العته إلى ارتفاع كفاءة استراتيجيات التجنب فى خفض مشقة القائمين بالرعاية مقارنةً باستراتيجيات الاقتراب، فالاستراتيجيات

التى تقلل المشقة تقلل استخدام الاستراتيجيات الأخرى البديلة خاصة خلال نفس الفئة (الاقتراب المعرفى، الاقتراب السلوكى، التجنب المعرفى، التجنب السلوكى)، وتعكس هذه النتائج أيضا الطبيعة المتغيرة للعلاقة بين الاقتراب والتجنب، وبين المعرفة والسلوك فى عملية المشقة، حيث اختلف نمط هذه العلاقات بين العينتين.

٢- نلاحظ أيضا اختلاف معاملات الارتباط بين مثيرات المشقة الموضوعية واستراتيجيات التعايش المستخدمة لدى كل من مجموعة المرضى ومجموعة القائمين على رعايتهم بما يشير إلى توظيف كل من العينتين لاستراتيجيات تعايش مختلفة مع مثيرات المشقة المختلفة، فعلى سبيل المثال، نجد أن المرضى يميلون إلى توظيف مختلف استراتيجيات التعايش مع كل من الاكتئاب، والقلق، والدرجة الكلية للتقدير السلوكى ونشاطات الرعاية الذاتية فى الحياة اليومية، كما استخدموا استراتيجيتين إعادة التقييم الإيجابى والتجنب المعرفى مع الاعتمادية فى نشاطات الحياة اليومية الآدائية فقط، بينما نجد أن القائمين بالرعاية قد وظفوا استراتيجيتى القبول والإفصاح الوجدانى للتعايش مع الاكتئاب والقلق لدى مرضى العته والتعايش مع الهياج والعدوان والدرجة الكلية للتقدير السلوكى، على الترتيب.

ويمكن أن تكون تأثيرات المشقة الناجمة عن هذه المثيرات، قد قامت بدور فى تحقيق هذا الاختلاف بين العينتين مما يعكس اختلاف الاستراتيجيات التى يستخدمها مرضى العته والقائمين على رعايتهم فى التعايش مع مرض العته.

٢- الثبات :

يريد الباحثون أن تتمتع اختباراتهم بدرجة من الصدق والثبات تجعلها مفيدة فى التنبؤ بالسلوك الإنسانى، وكى تكون اختباراتنا صادقة، فإنها يجب أن تكون ثابتة، حيث يعكس الثبات اتساق المقاييس النفسية فى قياس الخصائص موضع الاهتمام عبر الزمن وعبر البنود وعبر الأشخاص. وفى ضوء أن التباين الكلى لمجموعة من درجات الاختبارات تتكون من تباين حقيقى، وتباين خطأ فإنه كلما تزايدت نسبة التباين الحقيقى (الثبات)، تزايدت بالتبعية معاملات الصدق حيث يعبر التباين الحقيقى عن مجموعة من العوامل التى تؤدى إلى الاتساق فى قياس الخصائص موضع الاهتمام، ومنها المستوى الحقيقى للفرد من الخصائص بينما يعبر تباين الخطأ عن كل العوامل التى تسهم فى عدم اتساق القياس (Janda, p. 58, 75) وقد تم حساب الثبات لجميع اختبارات الدراسة الراهنة ـ عدا استخبار تقدير الذاكرة حيث استخدم أسلوب الثبات بإعادة الاختبار[٣٤]****** مع هذا الاستخبار فقط ـ من خلال طريقتين هما:

١- القسمة النصفية[٣٥] مع تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان ـ براون.

٢- حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ.

يعد كل من ثبات القسمة النصفية ومعامل ثبات ألفا كرونباخ مؤشرا للاتساق الداخلى للاختبار، ولكن ثبات القسمة النصفية يعكس تباين الخطأ الناتج عن اختيار عينة المضمون[٣٦]، بينما يعكس معامل ألفا تباين الخطأ الناتج عن كل من اختيار عينة المضمون وعدم تجانس المضمون[٣٧]، بينما يزودنا الثبات بإعادة الاختبار بمؤشر لاستقرار

درجات الاختبار عبر الزمن (Ibid, p.61, p.67) ولأن القدرة العقلية تتغير سـريعا لدى مرضى العتـه، فقـد راعت البـاحثـة أن تكون الفتـرة بين الاختـبـارين قـصيـرة، بحيث تراوحت من يوم حتى أسـبـوعين. وقـد اعتمدنا فى تقدير هذا النوع من الثبات على عينة قوامها اثنا عشر مشاركا تضم مجموعتين هما:

١- مجموعة مرضى العته البسيط كبار السن، وتتكون من ستة مبحوثين، ٤ من الإناث، و٢ من الذكور، تراوحت أعمارهم بين ٥٥، ٨٢ عاما بمتوسط عمرى قدره (٧٠) عاما وانحراف معيارى قدره (١٩) عاما. وتراوحت درجتهم على اختبار فحص الحالة العقلية المختصر من ١٥-٢٣ درجة بمتوسط (١٩) درجة وانحراف معيارى قدره (٣,٦) درجة.

٢- مجموعة القائمين على رعاية مرضى العته البسيط، وتتكون من ستة مبحوثين، جميعهم من الذكور، تراوحت أعمارهم بين ١٩، ٦٢ عامًا بمتوسط عمرى قدره (٤٢,٨) وانحراف معيارى قدره (١٦,٤) سنة.

آخذين فى الاعتبار التوصيات التى طرحها «كريمر» Kreamer (١٩٨١) و «ننالى» Nunnally (١٩٧٨)،حيث أشارا إلى أن معامل الثبات ٠,٥ يعد استطلاعيا فقط، كما يعد معامل الثبات ٠,٦ هامشيا، بينما يعد معامل الثبات ٠,٧ مقبولا، و ٠,٨ جيدا، ومعاملات الثبات التى تزيد عن ٠,٩ تعد مرتفعة (كريس باركر، ونانسى بيسترانج، وروبرت إليوت، ١٩٩٣، ص١٢٢)، فإن النتائج تشير إلى **ارتفاع ثبات** بعض الاختبارات مثل: قائمتى نشاطات الحياة اليومية ونشاطات الحياة

اليومية الأدائيةحيث تراوحت ما بين ٠,٩١ -٠,٩٧ , فى حين **انخفض ثبات** بعضها الآخر بشكل ملحوظ مثل مقياس الاكتئاب والقلق لدى عينتى مرضى العته والقائمين برعايتهم حيث تراوحت ما بين ٠,٣٥ -٠,٦٢، بينما تمتع عدد من الاختبارات الأخرى **بمعاملات ثبات مقبولة إلى جيدة** مثل: مقياس التحليل المنطقى ومقياس إعادة التقييم الإيجابى ومقياس تقدير الذاكرة لدى عينتى مرضى العته والقائمين برعايتهم حيث تراوحت ما بين ٠,٩٦ -٠,٧٤ .

وعلى الرغم أن أحجام معاملات الثبات فى العمل الإكلينيكى لا يصح أن تقل عن ٠,٧ وفقا للتوصيات التى طرحها هذان الباحثان (المرجع السابق، ص١٢٣)، إلا أنه ينبغى عند تقويم معاملات الصدق والثبات التى حصلنا عليها، أن نأخذ فى اعتبارنا طبيعة العينة التى نتج عنها معاملات الارتباط، حيث أن معاملات الثبات التى تعتمد على عينات غير متجانسة (وتعنى عينات حصلت على تنوع كبير فى درجات الاختبار) من المحتمل أن تكون أعلى من المعاملات التى تعتمد على عينات متجانسة، كما أن معامل صدق متواضع تم الحصول عليه من خلال عينة متجانسة قد يعكس اختبارًا أكثر فائدة من اختبار آخر له معاملات صدق مرتفعة من عينة غير متجانسة حيث إن مدى الدرجات المحدودة يتسبب فى معاملات ارتباط منخفضة (Janda, p.77, p.102, p.118). وهكذا فإن النتائج جاءت مرضية بوجه عام .

رابعاً: إجراءات الدراسة:

١- استمر تطبيق التجربة الأساسية عامان كاملان تم فيها تطبيق كل من البطارية الخاصة بالمرضى والبطارية الخاصة بالقائمين

بالرعاية فرديا عن طريق أسلوب المقابلة العيادية المقننة. وفى جميع الحالات كان يتم البدء بإجراء المقابلة مع مريض العته أولا وذلك لتحقيق الأهداف التالية:

(أ) التأكد من درجة الاضطراب المعرفى لدى مريض العته وأنه يقع ضمن نطاق الدرجات التى حددتها الدراسة (مستوى الاضطراب المعرفى البسيط) باستخدام اختبار فحص الحالة العقلية المختصر.

(ب) التأكد من استبصار مرضى العته البسيط وكان الإجراء المتبع فى ذلك هو تقديم المرضى لمعلومات صحيحة تماما عن بياناتهم الشخصية التى تشمل العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمى، والوظيفة السابقة والحالية، والدخل الشهرى.

(ج) الحفاظ على دافعية مريض العته الناتجة عن شعوره بالأهمية والاهتمام به أولا.

٢- كان التطبيق يستغرق جلستين أو ثلاثة ونادرًا ما كان يستغرق جلسة واحدة، وذلك للاعتبارات التالية:

(أ) اعتبارات تتعلق بالمبحوثين خاصة المرضى منهم (الإجهاد، أو فقدان القدرة على التركيز لمدة زمنية طويلة).

(ب) اعتبارات عملية تتعلق بظروف الدراسة الميدانية (ارتباط المريض بموعد أشعة، أو تحاليل.. الخ).

وفى جميع الأحوال كانت الباحثة تحرص على أن تتخلل جلسات التطبيق فترات راحة قصيرة لم تتجاوز خمس دقائق بين تطبيق كل اختبار وآخر.

٣- **تضمنت كل جلسة من جلسات التطبيق عدة خطوات،** حيث تبدأ الجلسة الأولى بعمل نوع من التواصل الودى مع المبحوث ، بسؤاله عن حالته الصحية ثم إعطائه فكرة عامة مبسطة عن طبيعة الموضوعات التى تعنى بها أسئلة الاختبارات، وبعد الاطمئنان على استجابة المبحوث الإيجابية للموقف يتم التقدم نحو تطبيق اختبارات البطارية، حيث يتم البدء بتقديم استمارة البيانات الشخصية ثم **يتوالى نظام تقديم مجموعة الاختبارات كالتالى:**

(أ) استخبار التقدير السلوكى للعته.

(ب) استخبار تقدير مشكلات الذاكرة.

(ج) قائمة نشاطات الرعاية الذاتية فى الحياة اليومية.

(د) قائمة نشاطات الحياة اليومية الآدائية الصعبة.

(هـ) قائمة استراتيجيات التعايش.

٤- ونظرا لكون أغلب أفراد العينة من الأميين، فقد كانت الباحثة تقوم بقراءة التعليمات وبنود الاستخبارات بنفسها على كل مبحوث على حدة، وذلك للتأكد من فهم المبحوثين لما هو مطلوب منهم، كذلك كانت تقوم الباحثة بتسجيل الاستجابة بنفسها.

٥- فى بعض الأحيان كان القائم بالرعاية يحاول أن يتدخل لإثبات صحة أو نفى إجابات المريض خاصة تلك المتعلقة بمجموعة اختبارات التقدير الذاتى لمثيرات المشقة الموضوعية وعندئذ كانت الباحثة توضح للقائم بالرعاية أن كل هذه المجموعة من الأسئلة ستوجه له مرة أخرى وسيذكر تقديره لها.

٦- أما عن الصعوبات العملية ـ التى واجهت الباحثة ـ فتمثلت فى تعثر الإجراءات الإدارية الخاصة بالحصول على تصريحات دخول بعض المستشفيات، أو بطء هذه الإجراءات. ونظرا للطبيعة الخاصة لمرض العته، كانت تفاجأ الباحثة من حين إلى آخر بخروج بعض الحالات من المستشفى قبل استكمال فحصه وتطبيق بطارية الاختبارات بالكامل، أو نتيجة عدم رجوع المريض للمتابعة لظروف لا تعلمها الباحثة، أو نتيجة لوفاة المريض.

٥- وصف أساليب التحليل الإحصائى:

سوف تعتمد الدراسة الحالية بشكل أساسى على الأساليب الإحصائية اللامعلمية (زكريا الشربينى , ١٩٩٠, ص٧١) حيث تناسب طبيعة العينة من حيث حجمها الصغير، ومن حيث كون بعض المتغيرات لا تتوزع توزيعا اعتداليا، وأن بيانات الدراسة ذات طبيعة اسمية ورتبية أساسا، على أن تستخدم الأساليب المعلمية ـ بطبيعة الحال ـ فقط فى حساب المتوسط والانحراف المعيارى لمتغيرات الدراسة التابعة وهى: التقدير الذاتى لمثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته ويشمل (الاضطرابات السلوكية، اضطراب الذاكرة، نشاطات الحياة اليومية)، استراتيجيات التعايش مع مرض العته ويشمل: (التحليل المنطقى، إعادة التقييم الإيجابى، البحث عن الإرشاد والمساندة، حل المشكلات، التجنب المعرفى، استراتيجيات القبول، البحث عن مكافآت بديلة، التركيز الانفعالى) وذلك بالنسبة لمجموعتى مرضى العته البسيط والقائمين على رعايتهم. وفى الفصل التالى نناقش ما أسفرت عنه هذه الأساليب من نتائج.

هوامش الفصل الخامس

(١) Mild demented Patients

(٢) Primary stressors

(٣) Coping strategies

* تم الاعتماد على التصميم البسيط فقط فى الدراسة الراهنة نظرًا لعدم وجود أساليب إحصائية لامعلمية تمكننا من التحقق من تصميم عام ٢ × ٢ على أساس وجود متغيرين متسقلين هما (مسار الحياة والنوع).

* تم هذا التقسيم فى ضوء ما كشفت عنه دراسة عبد اللطيف خليفة (١٩٩٤)، مجلة علم النفس، العدد ٣١، ١٥٢-, ١٨٠ وأضيفت إليه فئات أخرى ظهرت فى عينة الدراسة وهى طالب، ومتقاعد، وربة منزل، ومتعطل عن العمل.

(٤) Behavior Rating Scale for dementia of Consortium to establish a registery for Alzheimer's disease (CBRS)

(٥) Vegeative features

(٦) Memory rating questionnaire

(٧) List of demented Patients self care activities of daily living (ADL)

(٨) List of difficult instrumental activities of daily living

(٩) Physical functioning

(١٠) Physical Health

(١١) Basic self-care

(١٢) Instrumental activities of daily living (IADL)

(١٣) Functional capacity

(١٤) Activities of home management

(١٥) OARS: Physical ADL

(١٦) OARS: Instrumental ADL

(١٧) Katz index of ADL

(١٨) Coping response inventory (CRI)

(١٩) Logical analysis

(٢٠) Positive reappraisal

(٢١) Seeking support and information

(٢٢) Taking problem - solving action

(٢٣) Cognitive avoidance

(٢٤) Acceptance or resignation

(٢٥) Seeking alternative rewards

(٢٦) Emotional discharge

*** قام كل من الأستاذ الدكتور/ محمد نجيب الصبوة، والأستاذ الدكتور أحمد عبد الخالق، والدكتور/ الحسينى عبد المنعم، والدكتورة/ عزة عبد الكريم، والدكتور/ أسامة الغريب، والدكتور/ محمود عيد بتحكيم مقاييس الدراسة، وتنتهز الباحثة الفرصة لتشكرهم جميعًا على ما بذلوه مع الباحثة من جهد فى هذا الصدد.

(٢٧) Internal Consistency

(٢٨) Convergent and discriminate validity

(٢٩) Psychopathology

(٣٠) Sample homogeneity

(٣١) Heterogeneous

*** يعرف جمهور الدراسة المحدد بشكل دقيق بالجمهور المتجانس أما الجمهور الواسع التحديد فيعرف بأنه جمهور غير متجانس (Janda, L.H., 1998, p.77).

(٣٢) Restricted range of score

*** وعلى الرغم أن هذة النتيجة لم تظهر لدى عينة القائمين بالرعاية إلا أنه لم توجد فروق دالة بين المرضى والقائمين بالرعاية فى معاملات الارتباط بين

الاكتئاب ونشاطات الحياة اليومية عند مستوى ۰۱و. أو۰۰۱و. مما يشير إلى الارتباط الإيجابى بين الاكتئاب وانخفاض الآداء على نشاطات الحياة اليومية الأساسية أيضا لدى القائمين بالرعاية.

(٣٣) On-line and psych info data basc

(٣٤) Test - retest reliability

(٣٥) Split-half reliability

* استخدم معامل التوافق لحساب هذا النوع من الثبات وهو الأسلوب الملائم لطبيعة العينة حيث يعد من الأساليب اللامعلمية.

(٣٦) content sampling

(٣٧) content hetrogenity

الفصل السادس

خصائص التعايش مع اضطرابات العته
كما تعكسها الدراسة الميدانية

المحور الأول : نتائج المقارنة بين مجموعى مرضى العته البسيط والقائمين بالرعاية فى تقدير مثيرات المشقة وفى استراتيجيات التعايش معها.

المحور الثانى : نتائج المقارنة بين الجنسين داخل مجموعة مرضى العته فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية وفى استراتيجيات التعايش معها.

المحور الثالث : نتائج المقارنة بين الجنسين داخل مجموعة القائمين بالرعاية فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية وفى استراتيجيات التعايش معها .

دلالات النتائج :

- أوجه الإفادة النظرية والتطبيقية من الدراسة.
- نظرة إجمالية لما يمكن أن تثيره الدراسة الراهنة من أسئلة للبحث.

الفصل السادس

خصائص التعايش مع اضطرابات العته
كما تعكسها الدراسة الميدانية

نخصص الجزء الراهن لمناقشة نتائج تحليل دلالة الفروق بين مجموعات الدراسة من خلال استخدام اختبار مان ـ وتينى[1] للمتغيرات موضع الاهتمام. وللكشف عن مزيد من الدلالات الأخرى لها. حيث نبدأ بتوضح قدر اتساقها واختلافها مع نتائج الدراسات السابقة. ثم ننتقل بعد ذلك إلى تفسير هذه النتائج، مع توضيح الدلالات النظرية والتطبيقية لها. ونختتم هذا الفصل بإلقاء نظرة أكثر شمولاً على الدراسة ككل، موضحين ما يمكن أن تسهم به فى مجال علم النفس الإكلينيكى للمسنين، وما يمكن أن تثيره من أسئلة يمكن أن ترشد البحوث المستقبلية.

المحور الأول : نتائج المقارنة بين مجموعة مرضى العته البسيط والقائمين بالرعاية فى تقدير مثيرات المشقة وفى استراتيجيات التعايش معها

جاءت على النحو التالى :

١- وجود فروق بين المجموعتين فى تقدير الاضطرابات بالنسبة للجوانب التالية:

(أ) الاضطرابات الذهانية.

(ب) الدرجة الكلية لاضطرابات السلوكية.

(جـ) تقدير الذاكرة.

(د) مدى الاعتمادية المتصلة بنشاطات الحياة اليومية الآدائية.

٢- عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين بالنسبة للجوانب التالية:

(أ) التقدير السلوكى لبعض الاضطرابات السلوكية وهى: الاكتئاب، والقلق، والاستثارة والهياج، والسلوك العدوانى.

(ب) مدى الاعتمادية المتصلة بنشاطات الحياة اليومية.

وتتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه «سيفوش وليف» (١٩٩٣) حيث أشارا إلى أن غالبية مرضى العته ينكرون وجود اضطراب فى الذاكرة، ولكن تتعارض تلك النتائج فيما يتصل بنشاطات الحياة اليومية، حيث أشار هذان الباحثان إلى أن غالبية مرضى العته ينكرون وجود اضطراب فى نشاطات الحياة اليومية أيضاً وقد يرجع هذا التعارض إلى اختلاف التعريف الإجرائى لمفهوم نشاطات الحياة اليومية فى الدراستين.

٣- وجدت فروق دالة بين المجموعتين فى خمس استراتيجيات للتعايش هى: التحليل المنطقى، وطلب المساندة، وحل المشكلة، والإفصاح الوجدانى، والبحث عن مكافآت بديلة، وكذلك الدرجة الكلية للتعايش، حيث يلجأ القائمون بالرعاية لاستخدامها بدرجة تفوق المرضى، على حين كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن عدم وجود

فروق بين المرضى والقائمين على رعايتهم فى شدة استخدام بعض الاستراتيجيات وهى: إعادة التقييم الإيجابى والقبول والتجنب المعرفى.

٤- أشارت النتائج إلى تباين مجموعة مرضى العته والقائمين بالرعاية فى معدلات استخدام بعض استراتيجيات التعايش وفى استراتيجيات التعايش المستخدمة حيث وجد تباين بين المجموعتين يشكله عنصران، الأول مدى التنوع فى استراتيجيات التعايش المستخدمة حيث ظهر أن المرضى أكثر استخداما لاستراتيجيات القبول، والإفصاح الوجدانى، والتجنب المعرفى، وإعادة التقييم الإيجابى على الترتيب مقارنة بالقائمين بالرعاية الذين استخدموا كلاً من استراتيجيات طلب المساندة، والقبول، والإفصاح الوجدانى, والتجنب المعرفى, والتحليل المنطقى، وحل المشكلة، وإعادة التقييم الايجابى والبحث عن مكافآت بديلة على الترتيب، والعنصر الثانى فى هذا التباين يشكله الفروق فى **معدلات استخدام بعض استراتيجيات التعايش** (١٥ بندا) من إجمالى استراتيجيات التعايش، وقد وجدت هذه الفروق فى جميع فئات استراتيجيات التعايش عدا فئتى التجنب المعرفى والقبول حيث تبين إن كلتا المجموعتين تميلان لاستخدامهما بنفس القدر.

وقد جاءت هذه النتائج متسقة مع نتائج بعض الدراسات السابقة، كدراسة «كيت وود» kitwood وزملاؤه (١٩٩٥) (Wilcock, G.K., Buck, R.S., Wood, K.R. 1999, p.139) ودراسة «منى عبد العال» (٢٠٠٣) على

الرغم من أن كلتا الدراستين لم تهدفا إلى المقارنة بين مرضى العته والقائمين على رعايتهم فى استراتيجيات التعايش، وإنما هدفت إلى استخلاص وتحديد أهم استراتيجيات التعايش التى يستخدمها المرضى أو القائمين بالرعاية كل على حدة.

ومن اللافت للنظر هنا أن استراتيجيات التعايش الأكثر استخداماً لدى عينتى مرضى العته والقائمين بالرعاية كانت على التوالى، الاعتقاد بأن النتائج يحددها القدر، كاستراتيجية قبول، والصلاة كاستراتيجية طلب للمساندة وكلاهما يحمل مضموناً دينياً، وهو ما يتفق مع أشار إليه كل من «بنجامين وجيجناس» (١٩٩٦)، و«مولويك» (١٩٩٧) حيث أشارا إلى أن نسبة كبيرة من القائمين بالرعاية اعتمدوا على المعتقدات الدينية وعلى الصلاة كمظهر من مظاهر الإيمان لديهم واكتساب القوة والمساندة (عبد العال، ١٩٩٩، ص ص ٧٣- ٧٤).

المحور الثانى: نتائج المقارنة بين الجنسين داخل مجموعة مرضى العته فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية وفى استراتيجيات التعايش معها

١- لم تظهر لنا دلالات على وجود فاعلية لمتغير النوع فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية.

وقد لوحظ أن نتائج دراستنا الراهنة بالنسبة لمتغير النوع جاءت غير متسقة مع نتائج الدراسات السابقة، كدراسة «سيفوش وليف» (١٩٩٣) التى أظهرت أن النساء مريضات العته أكثر إنكاراً لاضطراب الذاكرة من الرجال مرضى العته (Sevush,& leve,1993).

٢- كما لم توجد فروق بين مرضى العته البسيط الذكور والإناث فى شدة استخدام بعض أنماط استراتيجيات التعايش مع اضطرابات العته. هذا ولم تجد الباحثة ـ فى حدود علمها ـ دراسة واحدة تقارن بين استراتيجيات التعايش لدى مرضى العته من الجنسين.

المحور الثالث: نتائج المقارنة بين الجنسين داخل مجموعة القائمين بالرعاية فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية وفى استراتيجيات التعايش معها

١- أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الجنسين، حيث لم تظهر لنا دلالات على وجود فاعلية لمتغير النوع فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية أو استخدام أنماط معينة من استراتيجيات التعايش.

وتختلف هذه النتائج مع ما أشار إليه «ويلكوك» Wilcock و «باك» Buck، و «وود» Wood (١٩٩٠)، حيث وُجد أن كلا من الرجال والنساء يتعايشوا بشكل مختلف مع الرعاية، فالرجال يستنكفون أكثر عند طلب المساعدة بالمقارنة بالسيدات، حيث يتعامل الرجال مع عملية الرعاية على أنها وظيفة مما يقلل من احتمال طلبهم للمساندة، ومن ثم فإنهم قادرون على عزل أنفسهم انفعالياً عن الرعاية أكثر من السيدات، ويسمحون لأنفسهم أن يأخذوا أجازات من الرعاية (Wilcock, etal., pp. 288-289).

كذلك وجد «رايت» Wright (١٩٩١) أن الزوجات القائمات برعاية مرضى العته لديهن انخراطاً انفعاليا أكبر من الأزواج القائمين بالرعاية فى المراحل الأولى للرعاية، كما ذكر «كلارك» Clark

و«ستاندر»Standard (١٩٩٧) أن السيدات القائمات بالرعاية يستفدن من مهارات التعايش بدرجة أقل جوهرياً من الرجال القائمين بالرعاية، وهى النتيجة التى تتكرر أيضاً فى بحوث التعايش التقليدية، حيث وجد إن الرجال يمارسون تعايشاً موجهاً للمشكلة أكثر من السيدات، اللائى يستخدمن أساليب تعايش تجنبيه أكثر من الرجال، وإن كن يستخدمن البحث عن المساندة الاجتماعية كاستراتيجية اقتراب سلوكى أكثر من الرجال (Hobfoll, S.E., 1998, p.132).

تعقيب على نتائج المحور الثانى والثالث:

الأكثر إثارة للتأمل فى هذه النتائج ليس عدم اتساقها مع اتجاه الدراسات السابقة فحسب وإنما هو تكرار ظهور هذه النتائج فى كل من عينتى المرضى والقائمين بالرعاية وربما يمكن تفسير عدم الاتساق هذا من خلال عدد من النقاط هى:

١- إن أعداد الذكور والإناث فى كلا المجموعتين فى دراستنا كان قليلاً بدرجة ربما لم تسمح بإبراز تلك الفروق - إن كانت موجودة - حيث بلغ عدد الذكور فى كل من عينتى مرضى العته والقائمين بالرعاية على الترتيب ٧، ٨ بينما بلغ عدد الإناث فى كل من العينتين على الترتيب ١٢، ١٣.

٢- إن الدراسات التى أشارت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث القائمين بالرعاية كانت عينات لقائمين برعاية مرضى ألزهيمر تحديدًا دون بقية فئات وأنماط العته الأخرى كما فى دراستنا.

٣- إذا أخذنا فى الاعتبار بعض نتائج الدراسة المشار إليها سابقًا (١٩٩١) بأن اختلاف استراتيجيات الزوجات القائمات بالرعاية عن الأزواج القائمين بالرعاية هو فى بدايات المرض، فقد أصبح لزاما علينا أن نأخذ فى اعتبارنا متغير مدة المرض كمتغير مهم بل وحاسم فى دراسة الفروق بين الجنسين فى نوعية الاستراتيجيات المستخدمة للتعامل مع أعراض مرض العته بالنسبة لعينة المرضى وعينة القائمين على رعايتهم على حد سواء.

وقد كشفت تحليلاتنا الإحصائية بشكل عام عن عدة نتائج تتطلب التوقف عندها للتفسير والربط فيما بينها فى ضوء بعض الاعتبارات النظرية والعملية على النحو التالى :

١- فيما يتعلق بعدم وجود فروق دالة بين المرضى والقائمين بالرعاية فى تقدير بعض مثيرات المشقة الموضوعية لدى مرضى العته.

٢- فيما يتعلق بوجود تباين بين مجموعتى مرضى العته والقائمين بالرعاية فى استراتيجيات التعايش المستخدمة.

٣- فيما يتعلق بعدم وجود فروق بين الجنسين داخل كل من مجموعة المرضى ومجموعة القائمين بالرعاية فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته، وفى شدة استخدام استراتيجيات التعايش مع تلك المثيرات.

١- النتيجة الأولى والمتعلقة بوجود فروق دالة بين مرضى العته والقائمين بالرعاية فى تقدير عدد من مثيرات المشقة الموضوعية لدى مرضى العته

سوف نفسر تلك النتيجة فى ضوء مفهوم الاستبصار ولكن لابد لنا فى البداية أن نشير إلى أن مصطلح الاستبصار يستخدم فى اللغة الدارجة بطريقة تختلف عن استخدامه فى علم النفس المرضى، ففى اللغة الدراجة، يستخدم الاستبصار على أنه القدرة على فهم أو حدس الطبيعة الخفية للأشياء، بينما فى علم النفس المرضى فإن المصطلح يشير إلى أشكال الوعى بالذات[٢]. هذا ويعتقد بعض الباحثين بشكل أساسى أن فقدان الاستبصار يسهم فى الهروب من الأفكار أو الرغبات غير المقبولة، ويختلف هذا النمط من الصياغة عن النماذج التى تنظر إلى فقدان الاستبصار على أنه يشير إلى اضطراب فى معالجة المعلومات، وتتمثل المشكلة الأساسية فى هذا التنظير الدينامى لأهمية الاستبصار فى القدرة على اختبار صدقه، فهى تمثل مشكلة يجب حلها فى البداية، عن طريق دراسة الفروق فى الإنكار أو (ردود الأفعال) إزاء المعلومات المهددة للمرضى (أو القائمين بالرعاية) فى مقابل المعلومات غير المهددة (Amador, X. F., 1998, p.8, p.10).

ويتسم الاستبصار المضطرب بعدم التجانس فى مظاهره، ولهذا يشير «أمادور» Amador إلى أنه من الخطأ وصف الاستبصار المضطرب لدى مرضى العته البسيط كما لو كان يمثل اضطراباً عاماً مثل التأخر العقلى، بل أننا نجد فروقاً بين مرضى العته وبعضهم بعضاً فى إنكارهم للمرض (Ibid, p.16).

ومن ثم فإن نتائجنا تشير إلى وجود نوعاً من الاستبصار الانتقائى لبعض جوانب المرض دون بعضه الآخر لدى المرضى الأمر الذى يمثل

تحدياً للدراسات النظرية والميدانية التى تجرى فى علم النفس الإكلينكى للمسنين.

٢- النتيجة الثانية وتدور حول وجود تباين بين مجموعة مرضى العته والقائمين بالرعاية فى استراتيجيات التعايش المستخدمة

تدعم نتائج الدراسة الراهنة نموذج «موس» لمحددات استجابات التعايش ووجهة نظر «لازروس وفولكمان» (١٩٨٤) القائلة بأن مختلف استراتيجيات التعايش تتباين كفاءتها بتباين طبيعة مثير المشقة، والتى تدعمها وجهة نظر «رايت» القائلة بأن مختلف استراتيجيات التعايش تتباين كفاءتها بتباين الظروف المرضية وتباين القائمين بالرعاية، وليس فقط توقيت التعايش (مرحلة العته) (Kneebone, & Martin, 2003) حيث تشير هذه النتائج إلى وجود تباين فى تقدير بعض مثيرات المشقة لدى مجموعتى الدراسة، ووجود تباين فى استراتيجيات التعايش المستخدمة تبعاً الاختلاف هذه المثيرات.

٣- النتيجة الثالثة وتتعلق بعدم وجود فروق بين مجموعتى الذكور والإناث المرضى، ومجموعتى الذكور والإناث القائمين بالرعاية فى تقدير مثيرات المشقة الموضوعية لمرض العته، وفى استراتيجيات التعايش مع تلك المثيرات

قد توحى هذه النتيجة والتى تشير إلى عدم وجود تأثير للنوع بأن عملية الرعاية لها أثر سلبى عام، ولا تتأثر بنوع القائمين بالرعاية سواء أكانوا ذكورًا أم إناثًا وربما يكون ذلك غير صحيح إذا ما أخذنا فى حسابنا، مختلف المراحل التى يمر بها مريض العته، فالفروق بين الإناث والذكور القائمين على رعايتهم تبرز فى بداية المرض، وتكون فى

اتجاه أن الإناث أكثر/ معاناة من الذكور، ولكن هذه الفروق تختفى فى المرحلة الوسطى من المرض ومرحلة الإزمان والعته الشديد مهما اختلفت أنواعه، كما أن عدم وجود فروق بين مرضى العته الذكور والإناث فى إنكار أعراض مرض العته تدعم النموذج الذى ينظر إلى فقدان الاستبصار على أنه يمثل اضطرابا فى معالجة المعلومات.

دلالات النتائج

١- يتضح مما سبق مدى أهمية الاهتمام بخبرة مرضى العته ـ على الأقل مرضى العته البسيط ـ حيث يكونون على وعى بكثير من الاضطرابات المعرفية والسلوكية لديهم، بغض النظر عن معرفتهم بالتشخيص المقدم لهم على وجه التحديد.

٢- كما يتضح أن مريض العته البسيط ليس سلبيا إزاء مرضه فبإمكانهم ممارسة عديد من أساليب التعايش مثلهم فى هذا مثل القائمين برعايتهم، والتى من شأنها أن تؤجل من تفاقم الأعراض المرضية.

من ثم فهذه النتائج تدعم نظرتنا إلى الإصابة بمرض العته كمسار مهنى، مما يؤكد على الخاصية التطورية لمرض العته، فهو مفهوم مناسب لوصف كل من تحرك مرضى العته من وضع لآخر، ولوصف أنماط التغيرات المرضية التى يشعرون بها خلال الوضع ذاته. وأن هذا النظام مثله فى هذا مثل تقديم الرعاية يعد نظاما مفتوحا يتأثر بعديد من الخصائص التى تشكل عناصر الرعاية الحالية، والتى من بينها شدة الاضطراب المعرفى للمريض حيث تمثل ـ كما نفترض ـ سياقا

للاختلاف بين مرضى العته البسيط والقائمين برعاية مرضى العته البسيط فى مسار التعايش مع المرض.

أوجه الإفادة النظرية والتطبيقية من الدراسة

١- انصب تركيز الدراسات العربية والأجنبية السابقة على خبرة القائمين بالرعاية مرضى العته فى المشقة والتعايش مع المرض مع تجاهل خبرة مرضى العته أنفسهم، من هنا تعتبر الدراسة الراهنة إحدى المحاولات المعنية بفئة مرضى العته البسيط فى المجتمع المصرى، والتى ألقت الضوء على قدرتهم على الاستبصار بأعراض المرض ومهاراتهم فى التعايش مع المشقة النفسية الناجمة عنه والتصدى لها.

٢- استجابة لما كشفت عنه البحوث من دور الاختبارات النفسية فى مجال علم النفس الإكلينيكى عمومًا، وعلم النفس الإكلينيكى للمسنين على وجه الخصوص وإشارة لما أوضحه بعض الباحثين من أهمية الدراسات التى تأخذ فى اعتبارها مثيرات المشقة الخاصة بالرعاية واستراتيجيات التعايش الخاصة بعملية الرعاية، ودور أنماط استراتيجيات التعايش فى التخفيف من وطأة عملية الرعاية لمرضى العته، فقد قدمت هذه الدراسة بطارية من الاختبارات النفسية المؤلفة والمترجمة لقياس هذه المتغيرات، وقد تمتعت جميعها بدرجة مقبولة من الثبات والصدق. كما أمكن الحصول على ثمانية مقاييس فرعية من اختبار التعايش هى

مقياس: التحليل المنطقى وإعادة التقييم الإيجابى وطلب المساندة وحل المشكلات والتجنب المعرفى والقبول والبحث عن مكافآت بديلة والإفصاح الوجدانى، كذلك قدمت خمسة مقاييس فرعية للاضطرابات السلوكية لمرض العته وهى: الاكتئاب والقلق والاستثارة والسلوك العدوانى والاضطرابات الذهانية، هذا بالإضافة إلى ثلاثة مقاييس أخرى تعكس مصادر المشقة المتولدة عن الإصابة بمرض العته، وهى اضطرابات الذاكرة، ونشاطات الحياة اليومية ونشاطات الحياة اليومية الآدائية.

٣- يمكن الامتداد باستخدام هذه الاختبارات النفسية للإفادة منها فى مجالات التعايش مع الأعراض النوعية لمرض العته كاضطرابات الذاكرة أو نشاطات الحياة اليومية والآدائية. والكشف عن أدوار استراتيجيات التعايش كل على حدة، ومدى فاعلية كل منها عند استخدام كل من المرضى والقائمين بالرعاية لها.

٤- قامت الدراسة بتحديد أنماط نشاطات الحياة اليومية ونشاطات الحياة اليومية الآدائية بشكل نوعى، مما يعيننا على عمل برنامج فى سياق الإرشاد الأسرى بهدف تقديم الأسرة أو القائم بالرعاية لأنماط النشاطات التى يعجز المريض عن القيام بها.

٥- يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الراهنة فى وضع برامج تأهيلية للمرضى كبار السن من ذوى الأمراض المزمنة بوجه عام، ومرضى العته بفئاته المختلفة بوجه خاص، نركز خلالها على التأثير الفعال لمتغير التعايش ودوره فى التخفيف من حدة المشقة النفسية التى

يعانيها مرضى العته والقائمين على رعايتهم حتى لا يقعوا فريسة للاضطرابات النفسية.

٦- كما يمكن تدريب الاختصاصى النفسى العيادى على استخدام هذه البرامج للتمكن من مساعدة هؤلاء المرضى للتعايش مع مرضهم وكذلك القائمين برعايتهم للتعايش مع ما يحتويه موقف الرعاية من مشكلات قد تزيد من معاناتهم.

نظرة إجمالية لما يمكن أن تثيره الدراسة الراهنة من أسئلة للبحث

١- ما محددات القدرة على الاستبصار لدى مرضى العته بكل أنواعه، ليس من المنظور النفسى الدينامى، ولكن من المنظور المعرفى المعاصر، والمنظور المعرفى-السلوكى؟

٢- ما محددات التركيز والتذكر الانتقائى فى إدراك المرضى لبعض الأعراض دون بعضها الآخر؟

٣- هل يرتبط الاستبصار الجزئى بأعراض العته لدى مرضى العته البسيط بعزو هذه الأعراض لأسباب غير المرض العقلى؟

٤- ما استراتيجيات التعايش المثلى التى ينبغى أن يمارسها مرضى العته من بين الاستراتيجيات التى يمارسونها بالفعل ؟

٥- ما استراتيجيات التعايش المثلى التى ينبغى أن يمارسها القائمون بالرعاية من بين الاستراتيجيات التى يمارسونها بالفعل؟

٦- هل يختلف توظيف استراتيجيات التعايش لدى كل من مرضى العته، والقائمين على رعايتهم وفقا للمتغيرات السكانية مثل: مستوى التعليم, والمستوى الاجتماعى، والاقتصادى، ومرحلة المرض؟

٧- ما الدور الذى تقوم به استراتيجيات التعايش للتخفيف من الأعراض النفسية التى قد يعانى منها القائمون بالرعاية أو مرضى العته أنفسهم؟

٨- وأخيرا فإننا بحاجة إلى مزيد من الدراسات التى تلقى الضوء على الصورة التفاقمية[٣] للمرض وعلاقتها بمجموعة من المتغيرات الديموجرافية كالنوع، والمستوى التعليمى، والعمر، وصلة النسب، ودرجة القرابة لدى القائمين على رعاية المرضى المزمنين بصفة عامة، ومرضى العته بصفة خاصة.

وبهذه الإسهامات التى عرضنا لها تكون الدراسة الراهنة قد حققت بعض الأهداف التى أجريت من أجلها، وتكون - أيضًا - قد وضعت بعض اللبنات لمزيد من الدراسات المستقبلية التى تسعى إلى استكمال باقى الأهداف المأمولة.

هوامش الفصل السادس

(١) Mann Whitney

(٢) Self awareness

(٣) Progressive

قائمـــة المراجـــع

أولاً: المراجع العربية

١- إيمان محمود عبد الحميد (١٩٩٦)، العلاقة بين الضغوط الوالدية (كما تدركها الأمهات، وبين مفهوم الذات لدى الأطفال «دراسة مقارنة» **دراسات نفسية**، مجـ٤٠ (٢٠)، ٢٧٨-٣٣٥ .

٢- زكريا الشربينى (١٩٩٠)، **الإحصاء اللابارامترى فى العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣- صفوت فرج (١٩٨٩)، القياس النفسى. القاهرة : **مكتبة الأنجلو المصرية**

٤- عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٤)، تقدير كل من المكانة الاجتماعية والاقتصادية للمهن لدى عينة من أفراد المجتمع المصرى، **مجلة علم النفس**، العدد ٣١، ١٥٢-١٨٠ .

٥- عزة عبد الكريم مبروك (٢٠٠٣) ، سوء معاملة كبار السن: الأسباب والنتائج. دراسات نفسية، مجـ ٩٠ (٤٠)، ٥٥٩-٥٨٤ .

٦- مايسة محمد شكرى (١٩٩٩)، أنماط السلوك الصحى كأساليب لمواجهة مواقف المشقة. **دراسات نفسية**، مجـ ٩٠ (٤٠)، ٥٥٩-٥٨٤ .

٧- منى حسن عبد العال (١٩٩٩)، **تقييم الضغوط النفسية والاجتماعية التى تواجه العائلة القائمة برعاية المريض المصاب بالعته (مرض الشيخوخة):** رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التمريض ـ جامعة عين شمس.

٨- منى حسن عبد العال (٢٠٠٣)، **التدخل التمريضى الفعال للقائمين الرسميين وغير الرسميين برعاية مرضى العته (مرض الشيخوخة)**: رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التمريض ـ جامعة عين شمس.

ثانياً : المراجع العربية

1. Almberge, B., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1997), Major strain and coping strategies as reported by family members. J. adv. **Nurs.,** 26 (4), 683-691.
2. Amador, X. F. (1993), Assessment of insight in psychosis. Am. J. **Psychiatry**, 150 (6), 873-887.
3. Amador,X.F. Kronengold, H., the Description and meaning of insight in pasychasis, in: Amador, X. F. (ed .) **Insight and Psychosis**. Oxford, Oxford UniversityPress.
4. American Psychiatric Association (1994), **Diagnostic and statistical Manual of mental disorders.** (4)th, Washington:American Psychiatric Association.
5. Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I., Mullan J.T., Zarit, S.H. & Whitlatch, C.J. (1995), **Profiels in caregiving: the unexpected career**. California: Academic Press.
6. Backman, l., & Hill, R.D. (1996), Cognitive performance and everyday functioning : patterns in normal aging and dementia,in : Woods, R.T. (ed.), **Hand book of the clinical psychology of Ageing**. New York: John Wiley & sons,73-92.
7. Bahro, M., Silber, E., & Sunderland, T. (1995), How do patients with Alzheimer's disease cope with their illness? A clinical experience report. **Gerontologist**, 43, 41- 46.
8. Baldwin, B.A., Kleeman, K.M., Stevens, G.L., & Rasing, J. (1989), Family caregiver stress: Clinical assessment and management. I. **Psychogeriatrics**, (2), 185-193.

9. Barer, B. M., & Johnson, C.l. (1990), Critic of the caregiving literature. **Gerontologist**, 30 (1), 185-193.

10. Coen, R.F., Swanwick, G.R., O' Boyle, C.A., & Cookley, D. (1997), Behaviour disturbance and other predictors of career burden in Alzheimer disease. **1nt. J. Geriatric. Psychiatry**, 12 (3), 331-336.

11. Cuijpers, P., Hosman, C.M., & Munnichs, J.M. (1996), Changes Mechanisms of support groups for caregivers of dementia patients, I. **Psychogeniatrics**, 8, (4), 575-586.

12. Cumming, J.L., & Benson F. (1992), **Dementia: A clinical approach**. Oxford: Bulter worth ،Heinemann.

13. Derogatis, L.R.,& Coory, H.L. (1993),Self-report measures of stress. In: Goldberger, L., & Breznitsz, S.(eds.), **Hand book of stress: theoretical and clinical aspects**. New York: the free press. 201-219.

14. Doble, S.E., Fisk, J. D., Macpherson, Fish, A. G., & Wood, K.R. (1997), Measuring functional competence in older persons with Alzheimers disease, **I. Psychogeriatrics,** 9 (1), 25-38.

15. Eriksson, S. (1996), Vascular Dementia and Alzheimer's Disease: should are be studing both within the same study? **I.Psychogeriatrics**, 8 (Suppl. 3),443-445.

16. Formholt, P.,& Bruhn,P. (1998), Cognitive dysfunction and dementia, in: Nordus, 1. H., Vandenbas, S.R., Berg, S., & Formholt, P.(eds.), **Clinical Geropsychology.** Washington: American Psychological association, 183-187.

17. Gilley, D. W., Wilson, R.S., Benerett, D.A., Bernard, B. A., & Fox, J.H. (1991), Predictors of Behavioral disturbance in Alzheimers disease. **J. Gerentology: psychological sciences,** 67 (6), 362.

18. Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L., &Bartolucci, A.A. (1987), Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. **Psychology and ageing,** 2, (4), 323-330.

19. Haly, W. E. (1997), The family caregivers in Alzheimer's disease. **Neurology**, 48 (5) 525-529.

20. Hamilton, I.S. (2000), **The psychology of ageing: an introduction.** London: Jessica Kingsley Publishers.

21. Hobfoll, S.E. (1998), **Stress, culture, and community: The psychology & Philosophy of stress.** New York, Plenum Press.

22. Jacques, A. (1988), **Understanding dementia**. U.K: Churchill living stone.

23. Janda, L.H. (1998) **Psychological testing**. London: Allgn and Bacon.

24. Kane, R. A. (1988), **Assessing the Elderly**: (11)th, U.S.A: The Rand corporation.

25. Kenowsky, S. (1996), What aspects of behavioral disturbances are important to caregivers:Perspectives of a family caregiver. 1. **psychogeriatrics**, 8 (suppl.3), 449-458.

26. Kerley, L.G., & Turnbull, J.M,(1998), Stress in cargivers, in: Hamdy, R.C., Turnbull, J.M., Edwards, J., & Lanecaster, M.M.,(eds.), **Alzheimer's disease hand book for caregivers.** London: Mosby, 316-327.

27. Kitwood, T.,(1996), A dialectical frame work for dementia, in: Woods, R.T.(ed.), **Hand book of the clinical psychology of Ageing.** New York: John Wiley & sons, 3-19.

28. Kneebone, 1.1., & Martin, P. R. (2003), Coping and caregivers of people with dementia. **J. Health psychology**, 8, 1-17.

29. Kramer, B.G., (1997), Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. **Gerontologist.,** 37 (2): 239-249.

30. Lawlor, B.A., & Swanwick, G.,& Coen, R.,(2000), Relationship between cognition and behavioral and psychological symptoms of dementia. **I. psychogeriatrics,** 12 (1), 165-170.

31. Lepore, S.J. (1995), Measurement of chronic stressors, in : Cohen, S., Kessler, R.E., & Gordon, L.U. (eds.), **Measuring stress: A guide for health & social scientists.** New York: Oxford University Press,102-121.

32. Monroe, S.M.,& Kelley, J.M.(1995), Measurement of stress appraisal. in: Cohen, S., Kessler, R.E., & Gordon, L.U. (eds.), **Measuring stress: A**

guide for health & social scientists. New York: Oxford University Press,122-144

33. Morris, R.G.,& Morris , L.W. (1993), Psychosocial aspects of caring for people with dementia : Conceptual and methodological issues. In: Burns, A.,(ed.), **Ageing and dementia: A methodological approach.** London: Edward Arnold, 251 -274.
34. Morris, R.(1996), The neuropsychology of Alzheimer disease and related dementias .in :Woods, R.(ed.), **Hand book of clinical psychology of Aging.** London: John wiley & sons , pp.219-242.
35. Moss, R.H., & Schaefer, J.A., (1993), Coping resources and processes: Current concepts and measures. in: Goldberger, L., & Breznitsz, S. (eds.), **Hand book of stress: Theoretical and clinical aspects.** New York: The free press,234-258.
36. Nancy, B. (1991), Family caregiving. ERIC digst. **Http: //. ed.gov, databases/Eric. Digests/ed 328826.html,** 1-5.
37. Pearlin, L. 1., Mullan, J.T., Semple, S. J. ,& Skaff, M.M. (1990), Caregiving and the stress process: An Overview of concepts and their measures. **Gerontologist**, 30 (5), 583-594
38. Pedretti, L.W.,& Zoltan, B. (1990), **Occupational therapy: Practical skills for physical dysfunction.** Baltimore: The C.V. Mosby company.
39. Pierce, G.R., Sarason, B. R., & Sarason, 1. (1996), **Handbook of social support and the family.** New York: Plenum press.
40. Rabinbs, P.V. (1996), Behavioral disturbance of dementia: Practical and conceptual issues, **I. Psychogeriatrics,** 8 (suppl. 3), 281-283.
41. Reichman, W.E., Coyne, A.C., Amirneni, S., Molino, Bruno, Egan, S. (1996), Negative symptoms in Alzheimer's disease. **Am. J. Psychology,** 153 (3), 424-426.
42. Sarafino, E. P. (1990), **Health psychology: Biopsychosocial interactions.** New York: John Wiley and sons.
43. Sevush, S., & Leve, N. (1993), Denial of memory Deficit in Alzheimer's disease, **Am. J. Psychiatry,** 150 (5), 748-751.

44. Smith, J.H. (1993), **Understanding stress and coping**. New York: Macmillan Publishing company.

45. Snyder, C.R., & Dinaff, B.L.(1999), Coping : Where have you been. In: Snyder, C.R.(ed.), **Coping the psychology of what works.** New York: Oxford university press,3-19.

46. Stone, R.& Chase, C. (1991), Defining family caregivers of the elderly implications for research and public policy. **Gerontologist,** 31(6), 725-727.

47. Sumerholm, B. (1991) Biological markers in Alzheimer's disease. I. **psychiatrics,** 3: 29- 40.

48. Tabak, N., Ehrenfeld, M. & Alpert, R. (1997) Feelings of anger among caregivers of patient with Alzheimers disease. **1nt. J. Nurs. Pract.,** 3 (2) 84-88.

49. Tariot, P.N., Mack, J.L., patterson, M. B., Edland, S.D., & Weiner, M. F. (1995), The behavior rating scale for dementia of the consortium to establish a registry for Alzheimer's disese. **Am. J. Psychiatry,** 152 (9) 1349-1357.

50. Wilcock, G. K., Buck, R.S., &Wood, K.R., **Diagnogis and management of dementia: A manual for memory disorders terms** (1999), New York: Oxford university press.

51. Withington, E., & Brown, G.W., & Kessler, R.C.(1665), lnterview measurement of stressful life events, in: Cohen, S., Kessler, R.E., & Gordon, L.U. (eds.), **Measuring stress: A guide for health & social** scientists. New York: Oxford University Press, 59-79.

52. Wright, L. K. (1991) The impact of Alzheimer's disease of the marital relationship. **Gerontoloigst**, 31 (2).

53. Zarit,S.H., Johansson,L., & Jarrott, S.E. (1998) Family caregiving : stresses, social programs, and clinical interventions, in: Nordus, 1.H., Vandenbas, S.R., Berg, S.& Formholt, P.(eds.), **Clinical Geropsychology.** Washington:American Psychological association, 345-360

54. Zauding, M. (1996), Behavioral disturbances of dementa in DSM - IV and ICD 10 : Fact or Fiction? **I. Psychogeriatrics,** 8 (suppl. 3),285-288.

الملاحق

بطارية الاضطرابات المصاحبة لمرض العته واستراتيجيات التعايش معها

أولاً : كراسة التعليمات للمريض كبير السن

ثانياً : كراسة التعليمات للقائم بالرعاية

كراسة التعليمات للمريض كبير السن

استخبار تقدير الاضطرابات السلوكية
صيغة المريض

التعليمات:

نعرض عليك فيما يلى عدداً من المشكلات السلوكية التى قد يعانى منها كبار السن، والمطلوب منك أن تحدد بالنسبة لكل منها عدد المرات التى حدثت فيها خلال الشهر الماضى مستخدمًا مقياس التقدير التالى:

١ = لم يحدث السلوك مطلقًا.

٢ = ١ - ٢ يوم.

٣ = ٣-٨ يوم (حوالى مرتين أسبوعيًا) .

٤ = ٩-١٥ يوم (حوالى نصف عدد الأيام فى الشهر الماضى).

٥ = ١٦ يوم أو أكثر.

٨ = حدث السلوك منذ بدء المرض ولكنه لم يحدث خلال الشهر الماضى.

٩ = غير قادر على التقدير.

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
١) هل شعرت بالقلق والهم والتوتر أو الخوف؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢) هل ظهر على وجهك علامات القلق، والهم، والتوتر أو الخوف؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣) هل تشعر أنك حزين أو منقبض الصدر؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤) هل شعرت بالعجز أو التشاؤم؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٥) هل بكيت؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٦) هل شعرت بالذنب؟ مثلا،هل لمت نفسك على أشياء فعلتها فى الماضى؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٧) هل شعرت بالفشل؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٨) هل تكره هذه الحياة ولا تحب أن تعيش؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٩) هل حاولت الانتحار؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
١٠) هل لم تعد تستمع بالأشياء التى اعتدت الاستمتاع بها؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١١) هل تجد نفسك غير قادر على البدء فى أشياء اعتدت أن تقوم بها حتى برغم قدرتك على القيام بها؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
١٢) هل بدا عليك التعب أو الافتقاد للطاقة؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
١٣) هل شكوت من شكاوى جسمية غير المشكلات الجسمية الحقيقية؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
١٤) هل تغير نمط نومك عن نمط نومك قبل بدء المرض لديك، مثلا، هل نمت أكثر أم أقل مما اعتدت عليه؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٥) هل وجدت صعوبة فى الاستغراق فى النوم أو أن تظل نائماً؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
١٦) هل تغيرت شهيتك للطعام خلال الشهر الماضى عما كانت عليه قبل أن يبدأ المرض لديك؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٧) هل زاد وزنك فى الشهر الماضى دون أن تقصد ذلك؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٨) هل اختلفت اهتماماتك الجنسية الآن عما كانت عليه قبل أن يبدأ المرض لديك؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٩) هل أظهرت تغيراً مفاجئاً فى انفعالاتك، مثلا،انتقلت من الضحك إلى البكاء سريعاً أو العكس؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٠) هل انتابتك حالات من الاستثارة أو الانزعاج؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢١) هل تنقر بأصابعك على الأشياء أو تبدو غير قادر على أن تجلس ساكناً؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

البنــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
٢٢) هل قـمـت بفـعل أشـيـاء ليس لهـا هدف واضح؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٣) هل تميل أن تقــول الشــيء نفــســه بشكل متكرر؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٤) هل انتابك خلط (لخبطة) فى وقت محدد من اليوم أكثر من الأوقات الأخرى؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
٢٥) هل قمت بعمل أشياء مرفوضة اجتماعياً مـثـلا تعـرض أعـضـائك الجنسـيـة أمـام الآخرين؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٦) هل مـشـيت أو حـاولت أن تمشى من مـحل إقامتك أو إقامة القائم برعايتك لسبب غير واضح؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٧) هل حـاولت الهـروب من المنزل أو من أحـد الأشخاص الذين يحاولون الاعتناء بك؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٨) هل مــرت بك أوقــات كنت فــيــهـا ســريع الاستثارة أو الضيق؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٩) هل مرت بك أوقات لم تكن متعاوناً فيها مع الآخرين؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٠) هل كنت تهدد الآخرين أو كنت سىء الكلام معهم؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣١) هل أظهرت عدواناً جسـمياً تجاه الناس أو الأشـيـاء؟ مثـلا،هاجـمت الآخـرين أو رمـيت أشياء أو كسرتها؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

البنـــــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
٣٢) هل سبق لك أن آذيت نفسك بطريقة لم تكن تحدث من قبل أو قمت بمحاولة انتحارية؟ مثلا، هل تهز رأسك أو تخدش نفسك بأى شىء؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٣) هل تتجنب الاختلاط بالآخرين أو تفضل أن تكون وحدك؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٤) هل تميل لزيادة الصلات الجسمية أو البصرية مع القائمين بالرعاية أكثر من قبل أن يبدأ المرض، مثلاً، هل بدا أنك متمسكًا أو متعلقًا بالقائم بالرعاية أو تتعقبه أو تبدو وكأنك تريد أن تكون فى الحجرة نفسها معه؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
٣٥) هل رأيت أن الآخرين يسببون لك الأذى مثلا، فكرت أن أشياء قد سرقت منك؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٦) هل رأيت أن شريك حياتك شخص غير مخلص؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٧) هل رأيت أن شريك حياتك أو القائم بالرعاية يتآمر على هجرك؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٨) هل رأيت أن شريك حياتك أو القائم بالرعاية دجال (مدعى أو محتال)؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٩) هل رأيت أن الشخصيات التى تعرض فى التليفزيون حقيقية وتحدثت إليهم؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٠) هل اعتقدت أنه يوجد ناس داخل المنزل أو حوله غير الموجدين بالفعل؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
٤١) هل اعتقدت أن شخصاً ميتاً لايزال على قيد الحياة حتى على الرغم من معرفتك أنه ميت؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٢) هل رأيت أن المكان الذى تعيش فيه لا يبدو حقيقيا رغم أنك كنت تعتبره بيتك؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٣) هل لا تستطيع التعرف على الآخرين؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٤) هل نظرت إلى نفسك فى المرآة ولم تستطع أن تتعرف على نفسك؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٥) هل لم تستطع التعرف على الأشياء؟ مثلا، نظرت للوسادة على أنها شخص أو ذكرت أن زجاج المصباح أصبح ناراً؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٦) هل سمعت أصوات أشخاص أو أشياء رغم عدم وجود صوت؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٧) هل رأيت أشياء أو أناس لم يكونوا موجودين؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٨) قبل أن تتوقف ـ أريد أن أتأكد أننا غطينا كل المشكلات عدا بالطبع، المشكلات الخاصة بالذاكرة، هل فعلت أى شىء آخر فى الشهر الماضى بدا غريبا أو يمثل مشكلة؟ هل ذكرت أى شىء ينم عن أن لديك أفكارًا أو معتقدات غير معتادة لم أسألك عنها؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

استخبار تقدير مشكلات الذاكرة
(صيغة المريض)

التعليمات:

أمامك مشكلة النسيان التى قد يعانى منها بعض مرضى العته كبار السن. والمطلوب منك أن تحدد عدد المرات التى حدثت فيها خلال الشهر الماضى منك مستخدما مقياس التقدير التالى لتكرارات حدوثها:

١ = لم يحدث السلوك مطلقًا .

٢ = ١ - ٢ يوم.

٣ = ٣-٨ يوم (حوالى مرتين أسبوعيًا)

٤ = ٩-١٥ يوم (حوالى نصف عدد الأيام فى الشهر الماضى).

٥ = ١٦ يوم أو أكثر.

٨ = حدث السلوك منذ بدء المرض ولكنه لم يحدث خلال الشهر الماضى.

٩ = غير قادر على التقدير.

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
١) هل تعتقد أن لديك مشكلة فى الذاكرة؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

قائمة نشاطات الرعاية الذاتية فى الحياة اليومية
(صيغة المريض)

التعليمات:

نعرض عليك فيما يلى قائمة من نشاطات الرعاية الذاتية لمرضى العته فى الحياة اليومية التى قد يعجز عن القيام بها بعض كبار السن. والمطلوب منك أن تحدد بالنسبة لكل نشاط إلى أى مدى تعتمد على قريبك فى إنجازه وذلك خلال الشهر الماضى. مستخدما مقياس التقدير التالى:

(١) مستقل: وتشير إلى أنك يمكن أن تؤدى النشاط دون إشراف أو مساعدة بدنية.

(٢) معتمد جزئيا: وتشير إلى أنك تحتاج إلى إشراف أو إلى مساعدة بدنية قليلة من قريبك.

(٣) معتمد كليا وتشير إلى أنك تحتاج إلى إشراف أو إلى مساعدة بدنية كبيرة من قريبك.

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
(أ) تناول الطعام، يشمل: (تقطيع الخـــبـــز، تقطيع اللحم، تقطيع الخضـراوات، تقطيع الفـاكـهـة، تقـشـيـر الفاكهة، الشرب من الكوب، الأكل بالملعقة، شرب الشربة بالملعقة، تقشير البيض، بلع الطعام).			
(ب) ارتداء الملابس ، يشمل: (ارتداء الملابس الداخلية، ارتداء الفستان أو الجلبـاب، ارتداء الجـيـبـة أو البنطلون، ارتداء البلوزة أو الـقـــمــــيص، ارتداء الشــرابات، ربط الأحــزمــة، وضع غطاء الرأس بإحكام، ارتداء الأحـــذيـة، غلق الأزرار، غلق السُستة).			
(جـ) خلع الملابس ، يشمل: (خلع الملابس الداخلية، ارتداء الفستان أو الجلبـاب، خلع الجـيـبـة أو البنطلون، خلع البلوزة أو القـمـيص، خلع الشـرابات، فك الأحزمة، فك غطاء الرأس، خلع الأحذية، فك السُستة، فك الأزرار.			
(د) قضاء الحاجة ، يشمل: (التـحكم فى البـول، التـحكم فى البـراز، الذهاب إلى الحمام، فك الملابس، الجلوس على قـاعـدة الحـمـام، تنظيف نفـسـه، المحــافظة على الملابس من البلل أثناء			

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
التنظيف، القيـام من على قـاعـدة الحـمـام، ارتداء الملابس مرة أخرى).			
(هـ) النظافة الشخصة ، يشمل: (تنظيف الأنف، غـسـيل الوجـه، غـسل الأسنان، غـسل الشـعـر، غـسل اليـدين والرجلين، غسل أجزاء الجسم الأمـامـيـة (الصـدر ـ البطن ـ إلخ)، غـسل أجـزاء الجسم الخلفية (كالظهر)، قص الأظافر، تمشـيط الشـعـر، حلاقـة الذقن للرجل أو التخلص من الشعر للمرأة).			
(و) تناول الأدوية ، يشمل: (تناول الدواء عن طريق الفم، شـرب كـوب من الماء عقب وضع الدواء فى الفم، تناول الدواء بالجـرعـات المحـددة، تناول الدواء فى الأوقـات المحـددة زمنيـا، تناول الدواء بالطريقـــة المحـــددة (كـأن يضع عليـــه مثلا،كمية من الماء لتخفيفه)، تناول الدواء بالشـروط المحددة (قبل الأكل، بعد الأكل، .. إلخ)، تناول الدواء بالجـرعـة الكافـيـة طوال فتـرة العلاج وتكراره وفق ما يصفه الطبيب، تخزين الدواء بالطريقة المناسبة (فى الثلاجة أو فى درجة حرارة الغرفة .. إلخ)، الالتـزام بتناول جـمـيع الأدوية التى			

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
وصفها الطبيب يوميا، وضع القطرة أو قياس درجة الحرارة.			
(ز) التنقل ، يشمل: ١- الجلوس على السـرير، التـحـرك فى السرير، الطلوع إلـى السرير، النـزول من السـرير، القـيـام من الكرسى الجـالس عليه أو السرير، التحرك داخل المسكن، الخـــروج خـــارج المنـزل إلى الأمـــاكن العــامــة، الخــروج إلى منـازل الأقــارب والأصـدقــاء .. إلخ، اسـتـخـدام وسـائل المواصلات العامة أو الخاصة.			

قائمة نشاطات الحياة اليومية الأدائية الصعبة
(صيغة المريض)

التعليمات:

نعرض عليك فيما يلى قائمة أخرى من نشاطات الحياة اليومية أكثر صعوبة، والمطلوب منك أن تحدد ـ بالنسبة لكل نشاط ـ منها إلى أى درجة تعتمد على قريبك فى إنجازه خلال الشهر الماضى مستخدمًا مقياس التقدير التالى:

(١) مستقل: وتشير إلى أنك يمكن أن تؤدى النشاط دون إشراف أو مساعدة بدنية.

(٢) معتمد جزئيا: وتشير إلى أنك تحتاج إلى إشراف أو إلى مساعدة بدنية قليلة من قريبك.

(٣) معتمد كليًا وتشير إلى أنك تحتاج إلى إشراف أو إلى مساعدة بدنية كبيرة من قريبك.

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
(أ) نشاطات تنظيف المنزل ، يشمل: (رفع الأشـــيـــاء من علـى الأرض، كنس الأرض، تلمـيع الأشـيـاء من الأتربـة، مـسـح الأشياء المسكوبة، مسح الأرضيات، تنظيف السجاد أو الحصير، ترتيب سريره يوميًا، تغـيير مـلاءات السرير، تنظيف الثـلاجة، تنظيف الشبابيك).			
(ب) تحضير الوجبات ، يشمل: (تشـغـيل البـوتاجـاز، فـتح وغلق أنبـوبة البوتاجاز، فتح وغلق باب الفرن، فتح وغلق باب الثـلاجة، استـخراج المواد الغذائيـة من الثـلاجـة، فـتح وغلق البضـائع المعلبـة (علب السـمنة .. إلخ)، الاسـتـخدام الآمن للسكين فى تقشـير وتقطيع الخضـراوات واللحـوم، الوصـول إلى الأشـيـاء العـاليـة فى المطبخ، حمـل الأوانى السـاخنة من فوق البـوتـاجـاز بأمان).			
(جـ) خدمة الوجبة ، يشمل: (وضع الطعـام فى الأطبـاق، وضـع الأطبـاق على المنضـدة، حـمـل كـوب الماء إلى مكان الطعـام، رفع الأطبـاق عن المنضـدة، تنظيف منضدة الطعـام، وضع الأطبـاق فى الحـوض تمهيدًا لغسلهـا، غسل الأطبـاق والملاعق،			

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئياً (١)	معتمد كلياً (١)
غسيل أوانى طهى الطعام)الحلل، الصوانى .. إلخ)، وضع الأطباق والحلل النظيفة فى أماكنها).			
(د) غسيل الملابس ، يشمل: (غسل الغسيل يدوياً أو تشغيل الغسالة الكهربائية، عصر الغسيل يدويا أو تشغيل الغسالة الكهربائية، شطف الغسيل يدوياً أو تشغيل الغسالة الكهربائية، حمل الغسيل إلى مكان نشره، تعليق الغسيل على الأحبال، رفع الغسيل عن الأحبال، تطبيق الملابس، كى الملابس التى تحتاج كى، وضع الملابس النظيفة فى أماكنها).			
(هـ) التواصل واستخدام التليفون ، يشمل: (استخدام دفتر التليفون، استخدام التليفون المنزلى، استخدام التليفونات العامة، الإجابة على التليفون بشكل مناسب، تلقى رسالة تليفونية لشخص آخر، التخاطب الشفهى مع الجهات الإدارية (التأمينات، المعاشات ..إلخ)، التخاطب الكتابى مع الجهات الإدارية (التأمينات .. إلخ)، التعبير عن الاحتياجات الأساسية (كالتعبير عن الجوع .. إلخ)، التعبير عن الرأى فيما يقال).			

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
(و) نشاطات يدوية متعددة ، يشمل: (فتح وغلق الأبواب، فتح وغلق النوافذ، فتح وغلق الأدراج، إضاءة الأنوار وإطفائها، فتح وغلق صنبور المياه، استخدام المقص بأمان، وضع الأشياء فى أماكنها، تحريك الأشياء من أماكنها، تشغيل الأجهزة الكهربائية المنزلية (التليفزيون .. إلخ).			
(ز) التسوق ، يشمل: (شراء الخضراوات والفاكهة، شراء الخبز من الفرن، شراء المواد الغذائية الجافة، شراء اللحوم، شراء مواد التنظيف والصابون، شراء الملابس الشخصية، شراء الأشياء الصغيرة (كالمشروبات والحلوى .. إلخ)، شراء مواد صالحة للاستخدام كبدائل للأشياء التالفة (المصابيح الكهربية).			
(حـ) المسئولية المالية ، يشمل: (التعامل بدفتر توفير أو فتح حساب فى البنك، فك النقود أو تصحيحها، توفير نقود لغرض محدد، إنفاق النقود بنوع من التخطيط، إنفاق النقود لدفع مستحقات عليه (إيجار .. إلخ)، القيام بالعمليات الحسابية البسيطة الخاصة بالشراء (جمع النقود، أو طرحها .. إلخ).			

قائمة استراتيجيات التعايش
(صيغة المريض)

التعليمات:

أرجـو أن تفكر فى مـشكلة مـرض العـتـه لديك وأن تشـيـر إلى الاستراتيجية التى تتصدى بها للتعامل مع هذه المشكلة وإلى أية درجة يتم استخدامها وفقًا للمقايس التالى :

١- مطلقاً .

٢- نادرًا .

٣- غالبًا .

٤- تمامًا .

البنـــــد	مطلقًا (١)	نـادرًا (١)	غالبًا (١)	تمامًا (١)
١- فكر فى طرق مختلفة للتعامل مع المشكلة				
٢- تحدث نفسك بأشياء كى تشعر بتحسن.				
٣- تتـحـدث مع زوجـتك أو أى قـريب آخـر عن المشكلة.				
٤- تعد خطة وتتبعها.				
٥- تحاول أن تنسى الموضوع كله.				
٦- تشعر أن الوقت سيكون كفيل بحل المشكلة.				
٧- تحاول أن تسـاعد الآخـرين فى أن يتعـاملوا مع المشكلة نفسها.				
٨- تنفس عن غـضـبك بتـوبيخ الآخـرين أو إيذائهم عندما تكون غضباناً أو مكتئباً.				
٩- تحـاول أن تبـتعـد قليـلاً عن الموقف وتنظر إليه نظرة موضوعية.				
١٠- تذكـر نفـسك بالأمـور الأسـوأ التى كـان يمكن أن تحدث.				
١١- تتحدث عن المشكلة مع صديق لك.				
١٢- تعـرف مـا يجب عليك أن تفـعله وتحـاول بجدية أن تجعل الأمور تتقدم.				
١٣- تحاول ألا تفكر فى المشكلة.				
١٤- تدرك أنك لا تمتلك أى سـيطرة على المشكلة.				
١٥- تنخرط فى نشاطات جديدة.				

البنـــــد	مطلقًا (١)	نادرًا (١)	غالبًا (١)	تمامًا (١)
١٦- تنتهز الفرصة وتفعل شيئا يحمل مخاطرة.				
١٧- تقلب فى عقلك ما تقوله أو تفعله.				
١٨- تحاول أن ترى الجانب الحسن فى الموقف.				
١٩- تتحدث مع شخص متخصص (طبيب، أو محامى، أو رجل دين).				
٢٠- تقرر ما تريده وتحاول أن تحصل عليه.				
٢١- تحلم أحلام يقظة أو تتخيل وقتاً أو مكاناً أفضل مما كنت فيه.				
٢٢- تعتقد أن النتائج يحددها القدر.				
٢٣- تحاول أن تكون صداقات جديدة.				
٢٤- تبتعد عن الناس بصفة عامة.				
٢٥- تحاول أن تتوقع كيف يمكن أن تختلف الأمور أو تتغير إلى الأحسن.				
٢٦- تفكر كم كان حظك أفضل من غيرك ممن عانوا من مشكلات شبيهة.				
٢٧- تبحث عن مساعدة الأشخاص أو جماعات لديها المشكلة نفسها.				
٢٨- تجرب على الأقل طريقتين مختلفين كى تحل المشكلة.				
٢٩- تحاول التوقف عن التفكير فى الموقف، على الرغم من معرفتك أنك سوف تضطر إلى هذا أحياناً.				

البنـــــد	مطلقًا (١)	نادرًا (١)	غالبًا (١)	تمامًا (١)
٣٠- تتقبل الموقف فلا شىء يمكن أن تفعله.				
٣١- تقرأ أكثر كمصدر للاستمتاع.				
٣٢- تصرخ كى تقلل من توترك.				
٣٣- تحاول البحث عن معنى شخص فى الموقف.				
٣٤- تحاول أن تقول لنفسك أن الأمور سوف تتحسن.				
٣٥- تحاول أن تكشف المزيد من جوانب الموقف.				
٣٦- تحاول أن تتعلم عمل أشياء كثيرة بنفسك.				
٣٧- تتمنى أن المشكلة سوف تبعد عنك أو تنتهى بطريقة ما.				
٣٨- تتوقع أسوأ نتائج ممكنة وأن كل شىء سيسير سيرًا طبيعيًا.				
٣٩- تقضى وقتاً طويلاً فى نشاطات إنتاجية.				
٤٠- تبكى كى تطلق مشاعرك.				
٤١- تحاول أن تتوقع المتطلبات الجديدة التى ستقع عليك.				
٤٢- تفكر إلى أى حد قد يغير هذا حياتك بطريقة إيجابية.				
٤٣- تصلى طلباً للهداية والقوة.				

البنـــــد	مطلقًا (١)	نادراً (١)	غالباً (١)	تماماً (١)
٤٤- تحدد مهاماً يومية تؤديها فى وقت محدد من اليوم بحيث يكون لكل مهمة وقتاً محدداً.				
٤٥- تحاول أن تنكر خطورة المشكلة.				
٤٦- تفقد الأمل فى أن الأشياء يمكن أن تعود لطبيعتها.				
٤٧- تتجه للعمل أو نشاطات أخرى كى تساعدك على إدارة أمورك.				
٤٨- تفعل شيئاً لا تعتقد أنه يؤدى إلى تحقيق نتيجة ولكنك تكتفى بأنك تفعل شيئاً.				

كراسة التعليمات للقائم بالرعاية

استخبار تقدير الاضطرابات السلوكية للعته
(صيغة القائم بالرعاية)

التعليمات:

فيما يلى نعرض عليك عددًا من المشكلات السلوكية التى قد يعانى منها مرضى العته كبار السن. والمطلوب منك أن تحدد بالنسبة لكل منها عدد المرات التى حدثت فيها خلال الشهر الماضى، مستخدمًا مقايس التقدير التالى :

١ = لم يحدث.

٢ = ١ - ٢ يوم.

٣ = ٣-٨ يوم (حوالى مرتين أسبوعيًا) .

٤ = ٩-١٥ يوم (حوالى نصف عدد الأيام فى الشهر الماضى).

٥ = ١٦ يوم أو أكثر.

٨ = حدث السلوك منذ بدء المرض ولكنه لم يحدث.

٩ = غير قادر على التقدير.

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
١) هل عبر مريض العته عن شعوره بالقلق والهم والتوتر أو الخوف؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢) هل أظهر علامات جسمية للقلق والهم والتوتر أو الخوف مثلا، يفزع بسهولة أو يبدو عصبياً أو تظهر على وجهه علامات التوتر أو الهم؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣) هل بدا حزيناً أو منقبض الصدر؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤) هل عبر عن شعوره بالعجز أو التشاؤم؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٥) هل بكى فى الشهر الماضى؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٦) هل قال إنه شعر بالذنب؟ أو هل لام نفسه على أشياء فعلها فى الماضى؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٧) هل عبر عن شعوره بالفشل أو أنه لا يستحق شيئاً؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٨) هل قال إنه يكره هذه الحياة ولا يحب أن يعيش؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٩) هل حاول الانتحار؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٠) هل لم يعد يستمتع بالاشياء التى اعتاد الاستمتاع بها؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
١١) هل تجد أحيانا أنه يكون عاجزاً عن البدء فى أشياء اعتاد أن يقوم بها على الرغم من قدرته على ذلك؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٢) هل بدا متعبا أو مفتقدًا إلى الطاقة؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
١٣) هل شكا من شكاوى جسمية غير مشكلاته الجسمية الحقيقية؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
١٤) هل تغير نمط نومه عن نمط نومه قبل بدء العته لديه؟ مثلاً. هل ينام أكثر أم أقل مما اعتاد عليه؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٥) هل يجد صعوبة فى الاستغراق فى النوم أو يظل نائمًا؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
١٦) هل تغيرت شهيته للطعام خلال الشهر الماضى عما كانت عليه قبل أن يبدأ المرض لديه؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٧) هل زاد وزنه فى الشهر الماضى دون أن يتبع أى برنامج لهذا الغرض؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٨) هل اختلفت اهتماماته الجنسية الآن عما كانت عليه قبل أن يبدأ المرض لديه؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
١٩) هل أظهر تغيرا مفاجئاً فى انفعالاته مثلا،ينتقل من الضحك إلى البكاء سريعًا أو العكس؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

البنـــــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
٢٠)هل انتابته حالات من الاستثارة أو الانزعاج؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢١) هل ينقـر بأصـابعـه على الأشـيـاء أو يبـدو عاجزاً عن أن يجلس ساكناً؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٢) هل قام بفعل أشياء ليس لها هدف واضح؟ مثلا، يفتح ويغلق أدراج؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٣) هل يميل إلى أن يقـول الشـىء نفسـه بشكل متكرر؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	
٢٤) هل انتـابه خلط (لخـبطة) فـى وقت مـحـدد من اليوم أكثر من الأوقات الأخرى؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
٢٥) هل قام بعمل أشياء مرفوضة اجتماعيا؟ مـثـلا، قـام بعـرض أعضـائه الجنسـيـة أمـام الآخرين؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
٢٦) هل مـشـى أو حـاول أن يتـمـشـى من مـحل إقـامتـه أو إقـامة القـائم برعـايتـه لسبب غير واضح؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٧) هل حـاول الهـروب من المنزل أو من أحـد الأشخاص الذين كانوا يحاولون الاعتناء به؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٨) هل مـرت به أوقـات كـان فـيـهـا سـريع الاستثارة أو الضيق؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٢٩) هل مرت به أوقات لم يكن فيها متعاونا مع الآخرين؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
٣٠) هل كان يهدد الآخرين أو كان سيئ الكلام معهم؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣١) هل أظهر عدواناً جسمياً تجاه الناس أو الأشـياء مـثـلاً. هاجم الآخـرين أو رمى الأشياء أو كسرها؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٢) هل سبق له أن أذى نفسه بطريقة لم تكن تحدث من قبل أو حاول الانتحار مثلا، يهز رأسه أو يخدش نفسه بأى شىء؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٣) هل يتجنب الاختلاط بالآخرين أو يفضل أن يكون وحده؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٤) هل يميل لزيادة الصلات الجسمية أو البصرية مع القائمين بالرعاية أكثر من قبل أن يبدأ المرض مثلاً، بدا متمسكاً أو متعلقاً بك أو هل يتعقبك أو يبدو أنه يريد أن يكون فى الحجرة نفسها معك؟	١ = لا ٢ = نعم	٨ ٩
٣٥) هل قال أو فعل أى شىء ينم عن أنه يعتقد أن الآخرين يسببون له الأذى، مثلاً، فكر أن أشياء قد سرقت منه؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٦) هل فعل أو قال أى شىء ينم عن تفكيره فى أن شريك الحياة غير مخلص؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٧) هل فعل أو قال أى شىء ينم عن تفكيره فى أن شريك حياته أو القائم بالرعاية يتآمر على هجره؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
٣٨) هل فعل أو قال أى شىء ينم عن تفكيره فى أن شريك حياته أو القائم بالرعاية دجال (مدعى أو محتال)؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٣٩) هل فعل أو قال أى شىء ينم عن أنه يفكر فى أن الشخصيات التى تعرض فى التليفزيون حقيقية؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٠) هل فعل أو قال أى شئ ينم عن اعتقاده أنه يوجد ناس داخل المنزل أو حوله غير الموجودين بالفعل؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤١) هل اعتقد أن شخصاً ميتاً لا يزال على قيد الحياة على الرغم من معرفته أنه ميت؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٢) هل فعل أو قال أى شىء ينم عن تفكيره فى أن المكان الذى يعيش فيه لا يبدو حقيقياً رغم أنه كان يعتبره بيته؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٣) هل لا يستطيع التعرف على الآخرين؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٤) هل نظر إلى نفسه فى المرآة ولم يستطع أن يتعرف على نفسه؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٥) هل لا يستطيع التعرف على الأشياء، مثل النظر الى الوسادة على أنها شخص أو ذكر أن زجاج المصباح أصبح ناراً؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
٤٦) هل سمع أصوات أشخاص أو أشياء رغم عدم وجود صوت؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٧) هل رأى أشيـــاء أو أناســـاً لم يكونوا موجودين؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩
٤٨) قبل أن تتوقف، أريد أن أتأكد أننا غطينا كل المشكلات عـــدا بالطبع، المشكلات الخاصة بالذاكرة، هل فعل أى شىء آخر فى الشهر الماضى بدا غريبا أو يمثل مشكلة؟ هل ذكر أى شىء ينم عن أن لديه أفكاراً أو معتقدات غير معتادة لم أسألك عنها؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

استخبار تقدير مشكلات الذاكرة
(صيغة القائم بالرعاية)

التعليمات:

أمامك مشكلة النسيان التى قد يعانى منها بعض مرضى العته كبار السن. والمطلوب منك أن تحدد عدد المرات التى حدثت فيها خلال الشهر الماضى منك مستخدمًا مقياس التقدير التالى لتكرارات حدوثها:

١ = لم يحدث السلوك مطلقًا .

٢ = ١ - ٢ مرة.

٣ = ٣-٨ مرة (حوالى مرتين أسبوعيًا)

٤ = ٩-١٥ مرة (حوالى نصف عدد الأيام فى الشهر الماضى).

٥ = ١٦ مرة أو أكثر.

٨ = حدث السلوك منذ بدء المرض ولكنه لم يحدث خلال الشهر الماضى.

٩ = غير قادر على التقدير.

البنـــــد	مقياس التقدير	ملاحظات
١) هل تعتقد أن قريبك لديه مشكلة فى الذاكرة؟	١ ٢ ٣ ٤ ٥	٨ ٩

قائمة نشاطات الرعاية الذاتية لمرضى العته
فى الحياة اليومية
(صيغة القائم بالرعاية)

التعليمات:

نعرض عليك فيما يلى قائمة من نشاطات الرعاية الذاتية لمريض العته فى الحياة اليومية التى قد يعجز عن القيام بها بعض كبار السن. والمطلوب منك أن تحدد بالنسبة لكل نشاط منها إلى أى مدى يعتمد مريض العته فى إنجازها، وذلك خلال الشهر الماضى مستخدمًا مقياس التقدير التالى:

(١) مستقل: وتشير إلى أن مريض العته يمكن أن يؤدى النشاط دون إشراف أو مساعدة بدنية.

(٢) معتمد جزئياً: وتشير إلى أنه تحتاج إلى إشراف أو إلى مساعدة بدنية قليلة منك.

(٣) معتمد كلياً: وتشير إلى أنه تحتاج إلى إشراف أو أية مساعدة بدنية كبيرة منك.

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
(أ) تناول الطعام، يشمل: (تقطيع الخـبـز، تقطيع اللحم، تقطيع الخضراوات، تقطيع الفاكهة، تقشير الفاكهة، الشرب من الكوب، الأكل بالملعقة، شرب الشربة بالملعقة، تقشير البيض، بلع الطعام).			
(ب) ارتداء الملابس ، يشمل: (ارتداء الملابس الداخلية، ارتداء الفستان أو الجلباب، ارتداء الجيبة أو البنطلون، ارتداء البلوزة أو القميص، ارتداء الشرابات، ربط الأحزمة، وضع غطاء الرأس بإحكام، ارتداء الأحذية، غلق الأزرار، غلق السستة).			
(ج) خلع الملابس ، يشمل: (خلع الملابس الداخلية، ارتداء الفستان أو الجلباب، خلع الجيبة أو البنطلون، خلع البلوزة أو القميص، خلع الشرابات، فك الأحزمة، فك غطاء الرأس، خلع الأحذية، فك السستة، فك الأزرار.			
(د) قضاء الحاجة ، يشمل: (التحكم فى البول، التحكم فى البراز، الذهاب إلى الحمام، فك الملابس، الجلوس على قاعدة الحمام، تنظيف نفسه، المحافظة على الملابس من البلل أثناء			

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
التنظيف، القيـام من على قـاعـدة الحـمـام، ارتداء الملابس مرة أخرى).			
(هـ) النظافة الشخصة ، يشمل: (نظيف الأنف، غـسـيل الوجـه، غـسل الأسنان، غـسل الشـعـر، غـسل اليـدين والرجلين، غسل أجزاء الجسم الأمـاميـة (الصـدر ـ البطن ـ إلخ)، غـسل أجـزاء الجسم الخلفية (كالظهر)، قص الأظافر، تمشيط الشـعـر، حلاقة الذقن للرجل أو التخلص من الشعر للمرأة).			
(و) تناول الأدوية ، يشمل: (تناول الدواء عن طريق الفم، شـرب كـوب من الماء عقب وضع الدواء فى الفم، تناول الدواء بالجـرعـات المحـددة، تناول الدواء فى الأوقـات المحـددة زمنيـا، تناول الدواء بالطريقة المحددة (كـأن يضع عليه مـثـلا (كـمـيـة من الماء لتـخـفـيـفه)، تناول الدواء بالشـروط المحددة (قبل الأكل، بعـد الأكل، .. إلخ)، تناول الدواء بالجـرعـة الكافـيـة طوال فـتـرة العلاج وتكراره وفق ما يصفه الطبيب، تخزين الدواء بالطريقة المناسبة (فى الثلاجة أو فى درجة حرارة الغـرفة .. إلخ)، الالتـزام بتناول جـمـيع الأدوية التى			

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئياً (١)	معتمد كلياً (١)
وصفها الطبيب يوميًا، وضع القطرة أو قياس درجة الحرارة.			
(ز) التنقل ، يشمل: ١- (الجلوس على السرير، التحرك فى السرير، الطلوع إلى السرير، النزول من السرير، القيام من الكرسى الجالس عليه أو السرير، التحرك داخل المسكن، الخروج خارج المنزل إلى الأماكن العامة، الخروج إلى منازل الأقارب والأصدقاء .. إلخ، استخدام وسائل المواصلات العامة أو الخاصة.			

قائمة نشاطات الحياة اليومية الأدائية الصعبة
(صيغة القائم بالرعاية)

التعليمات:

نعرض عليك فيما يلى قائمة أخرى من نشاطات الحياة اليومية أكثر صعوبة، والمطلوب منك أن تحدد ـ بالنسبة لكل نشاط ـ إلى أية درجة يعتمد عليك مريض العته فى إنجازه خلال الشهر الماضى مستخدمًا مقياس التقدير التالى:

(٤) مستقل: وتشير إلى أن مريض العته يمكن أن يؤدى النشاط دون إشراف أو مساعدة بدنية.

(٥) معتمد جزئيا: وتشير إلى أنه يحتاج إلى إشراف أو إلى مساعدة بدنية قليلة منك.

(٦) معتمد كليًا وتشير إلى أنه يحتاج إلى إشراف أو أية مساعدة بدنية كبيرة منك.

البنـــــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
(أ) نشاطات تنظيف المنزل ، يشمل: (رفع الأشـــيـــاء من علـى الأرض، كنس الأرض، تلمـيع الأشـيـاء من الأتربة، مـسح الأشياء المسكوبة، مسح الأرضيات، تنظيف السجاد أو الحصير، ترتيب سريره يوميًا، تغـيير مـلاءات السرير، تنظيف الثـلاجة، تنظيف الشبابيك).			
(ب) تحضير الوجبات ، يشمل: (تشـغـيل البـوتاجـاز، فـتح وغلق أنبـوبة البوتاجاز، فتح وغلق باب الفرن، فتح وغلق باب الثـلاجة، استخـراج المواد الغذائية من الثـلاجـة، فتح وغلق البضـائع المعلبـة)علب السمنة .. إلخ)، الاستـخـدام الآمن للسكين فى تقشـير وتقطيع الخضـراوات واللحـوم، الوصـول إلى الأشـيـاء العـاليـة فى المطبخ، حـمل الأوانى السـاخنة من فـوق البـوتـاجـاز بأمان).			
(ج) خدمة الوجبة ، يشمل: (وضع الطعـام فى الأطبـاق، وضـع الأطبـاق على المنضـدة، حـمل كـوب الماء إلى مـكان الطعـام، رفع الأطبـاق عن المنضـدة، تنظيف منضدة الطعـام، وضـع الأطباق فى الحوض تمهـيدًا لغـسلهـا، غـسل الأطبـاق والملاعق، غـــســـيل أوانـى طهـى الطعـــام)الحلل،			

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
الصـــوانـى .. إلـخ)، وضع الأطبـــاق والحلل النظيفة فى أماكنها).			
(د) غسيل الملابس ، يشمل: غسل الغسـيل يدوياً أو تشـغيل الغسـالة الكهربائية، عصر الغسيل يدويًا أو تشغيل الغسالة الكهربائية، شطف الغسيل يدوياً أو تشـغيل الغسـالة الكهـربائيـة، حـمل الغسـيل إلى مكان نشـره، تعليق الغسـيل على الأحبـال، رفع الغسـيل عن الأحبـال، تطبـيق الملابس، كى الملابس التى تحتـاج كى، وضع الملابس النظيفة فى أماكنها).			
(هـ) التواصل واستخدام التليفون ، يشمل: (استـخدام دفـتر التليفـون، استـخدام التليفـون المنزلى، استـخدام التليفـونات العـامـة، الإجـابة على التليـفـون بشكل مناسب، تلقى رسـالة تليفـونيـة لشـخص آخـر، التـخـاطب الشـفـهى مع الجـهـات الإدارية)التـأمـينات، المعـاشـات ..إلخ)، التـخـاطب الكتـابى مع الجـهـات الإدارية (التـأمـينات .. إلخ)، التـعـبـيـر عن الاحتياجات الأساسية)كالتعبير عن الجوع .. إلخ)، التـعـبـيـر عن الرأى فـيـمـا يقال).			

البنـــــد	مستقل (١)	معتمد جزئيًا (١)	معتمد كليًا (١)
(و) نشاطات يدوية متعددة ، يشمل: (فتح وغلق الأبواب، فتح وغلق النوافذ، فتح وغلق الأدراج، إضاءة الأنوار وإطفائها، فتح وغلق صنبور المياه، استخدام المقص بأمان، وضع الأشياء فى أماكنها، تحريك الأشياء من أماكنها، تشغيل الأجهزة الكهربائية المنزلية (التليفزيون .. إلخ).			
(ز) التسوق ، يشمل: (شراء الخضراوات والفاكهة، شراء الخبز من الفرن، شراء المواد الغذائية الجافة، شراء اللحوم، شراء مواد التنظيف والصابون، شراء الملابس الشخصية، شراء الأشياء الصغيرة)كالمشروبات والحلوى .. إلخ)، شراء مواد صالحة للاستخدام كبدائل للأشياء التالفة (المصابيح الكهربية).			
(ح) التصرفات المالية ، يشمل: (التعامل بدفتر توفير أو فتح حساب فى البنك، فك النقود أو تصحيحها، توفير نقود لغرض محدد، إنفاق النقود بنوع من التخطيط، إنفاق النقود لدفع مستحقات عليه (إيجار .. إلخ)، القيام بالعمليات الحسابية البسيطة الخاصة بالشراء (جمع النقود، أو طرحها .. إلخ).			

قائمة استراتيجيات التعايش
(صيغة القائم بالرعاية)

التعليمات:

أرجو أن تفكر فى مشكلة مرض العته لديك وأن تشير إلى الاستراتيجية التى تتصدى بها للتعامل مع هذه المشكلة وإلى أية درجة يتم استخدامها وفقًا للمقايس التالى :

١- مطلقاً .

٢- نادرًا .

٣- غالبًا .

٤- تمامًا .

البنـــــد	مطلقًا (١)	نادرًا (٢)	غالبًا (٣)	تمامًا (٤)
١- تفكر فى طرق مختلفة للتعامل مع المشكلة.				
٢- تحدث نفسك بأشياء كى تشعر بتحسن.				
٣- تتحدث مع زوجتك أو أى قريب آخر عن المشكلة.				
٤- تعد خطة وتتبعها.				
٥- تحاول أن تنسى الموضوع كله.				
٦- تشعر أن الوقت سيكون كفيل بحل المشكلة.				
٧- تحاول أن تساعد الآخرين فى أن يتعاملوا مع المشكلة نفسها.				
٨- تنفس عن غضبك بتوبيخ الآخرين أو إيذائهم عندما تكون غضباناً أو مكتئباً.				
٩- تحاول أن تبتعد قليلاً عن الموقف وتنظر إليه نظرة موضوعية.				
١٠- تذكر نفسك بالأمور الأسوأ التى كان يمكن أن تحدث.				
١١- تتحدث عن المشكلة مع صديق لك.				
١٢- تعرف ما يجب عليك أن تفعله وتحاول بجدية أن تجعل الأمور تتقدم.				
١٣- تحاول ألا تفكر فى المشكلة.				
١٤- تدرك أنك لا تمتلك أية سيطرة على المشكلة.				
١٥- تنخرط فى نشاطات جديدة.				
١٦- تنتهز الفرصة وتفعل شيئا يحمل مخاطرة.				

البنـــــد	مطلقًا (١)	نادرًا (٢)	غالبًا (٣)	تمامًا (٤)
١٧- تقلب فى عقلك ما تقوله أو تفعله.				
١٨- تحــاول أن ترى الجــانب الحــسن فى الموقف.				
١٩- تتحدث مع شخص متخصص (طبيب، أو محامى، أو رجل دين).				
٢٠- تقرر ما تريده وتحاول أن تحصل عليه.				
٢١- تحلم أحلام يقظة أو تتخيل وقتاً أو مكاناً أفضل مما كنت فيه.				
٢٢- تعتقد أن النتائج يحددها القدر.				
٢٣- تحاول أن تكون صداقات جديدة.				
٢٤- تبتعد عن الناس بصفة عامة.				
٢٥- تحـاول أن تتـوقع كـيف يمكن أن تـخـتلف الأمور أو تتغير إلى الأحسن.				
٢٦- تفـكر كم كـان حظك أفـضل من غـيـرك ممن عانوا من مشكلات شبيهة.				
٢٧- تبـحـث عن مـسـاعـدة الأشـخـاص أو جماعات لديها المشكلة نفسها.				
٢٨- تجـرب على الأقل طريقتين مـختلفين كى تحل المشكلة.				
٢٩- تحـاول التوقف عن التـفكيـر فى الموقف، على الرغم من معرفتك أنك سوف تضطر إلى هذا أحياناً.				
٣٠- تتقبل الموقف فلا شىء يمكن أن تفعله.				
٣١- تقرأ أكثر كمصدر للاستمتاع.				

البنـــــد	مطلقًا (١)	نادرًا (٢)	غالبًا (٣)	تمامًا (٤)
٣٢- تصرخ كى تقلل من توترك.				
٣٣- تحـاول البـحث عن مـعنى شـخص فى الموقف.				
٣٤- تحاول أن تقول لنفسك أن الأمور سوف تتحسن.				
٣٥- تحــاول أن تكتـشف المزيد من جــوانب الموقف.				
٣٦- تحـاول أن تتـعلم عـمل أشـيـاء كـثـيـرة بنفسك.				
٣٧- تتـمنى أن المشكلة سـوف تبـعـد عنك أو تنتهى بطريقة ما.				
٣٨- تتـوقع أسـوأ نتـائج ممكنة وأن كل شىء سيسير سيرًا طبيعياً.				
٣٩- تقضى وقتاً طويلاً فى نشاطات إنتاجية.				
٤٠- تبكى كى تطلق مشاعرك.				
٤١- تحاول أن تتـوقع المتطبات الجـديدة التى ستقع عليك.				
٤٢- تفكر إلى أى حد قد يغير هذا حيـاتك بطريقة إيجابية.				
٤٣- تصلى طلباً للهداية والقوة.				
٤٤- تحدد مهاماً يومية تؤديها فى وقت محدد من اليوم بحيث يكون لكل مـهـمـة وقتـاً محدداً.				
٤٥- تحاول أن تنكر خطورة المشكلة.				

	مطلقًا (١)	نادرًا (٢)	غالبًا (٣)	تمامًا (٤)
٤٦- تفقد الأمل فى أن الأشياء يمكن أن تعود لطبيعتها.				
٤٧- تتجه للعمل أو نشاطات أخرى كى تساعدك على إدارة أمورك.				
٤٨- تفعل شيئاً لا تعتقد أنه يؤدى إلى تحقيق نتيجة ولكنك تكتفى بأنك تفعل شيئاً.				

المؤلفة فى سطور

- أ .أميمة رفعت السيد مدكور
- حصلت على الليسانس فى علم النفس من جامعة القاهرة عام ١٩٩٥م.
- حصلت على دبلوم علم النفس التطبيقى من جامعة القاهرة عام ١٩٩٦م .
- حصلت على ماجستير فى علم النفس الإكلينيكى للمسنين من جامعة القاهرة عام٢٠٠٥ م .
- تعمل حالياً أخصائية نفسية بقسم طب وصحة المسنين ـ جامعة عين شمس .

الفهـرس

مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب
ص. ب : ٢٣٥ الرقم البريدي: ١١٧٩٤ رمسيس
WWW. egyptianbook. org
E-mail : info @egyptianbook.org